

FICHA DE DADOS PESSOAIS - SÓCIO(A)

DADOS PESSOAIS:

NOME COMPLETO _____
NOME SOCIAL _____
NOME PAI: _____
NOME MÃE: _____
DATA NASCTO ____/____/____ MUNICIPIO DE NASCIMENTO _____ UF: _____
PAIS DE NASCIMENTO _____ PAIS DE NACIONALIDADE _____
NACIONALIDADE BRASILEIRA () - ESTRANGEIRA ()
SEXO _____ RAÇA (Exemplo, Branco, Pardo e etc.) _____
GRAU DE INSTRUÇÃO _____ ESTADO CIVIL _____
ENDEREÇO RES.: _____
BAIRRO _____ CEP. _____ EST. _____
TELEFONE: () _____ CELULAR. () _____
EMAIL PESSOAL _____ EMAIL PESSOAL ALTERNATIVO _____

ESTRANGEIROS PREENCHER ALÉM DOS DADOS ACIMA OS DADOS ABAIXO:

CASADO COM BRASILEIRA () SIM () NÃO FILHOS BRASILEIROS () SIM () NÃO
ENDEREÇO EXTERIOR _____
PAIS RESIDÊNCIA _____ DESCRIÇÃO LOGRADOURO _____
Nº LOGRADOURO _____ BAIRRO _____ NOME DA CIDADE _____
CODIGO POSTAL _____ DATA CHEGADA ____/____/____ CLASSIFICAÇÃO DO ESTRANGEIRO _____

(EX: VISTO PERMANENTE OU OUTROS)

INFORMAÇÃO SOBRE A CONTA DO DEPOSITO DO SALÁRIO:

BANCO _____ AGÊNCIA _____ NR CONTA _____ TIPO DE CONTA () CORRENTE () POUPANÇA () SALÁRIO

DOCUMENTOS PESSOAIS:

Nº RG. _____ ORGÃO EMISSOR _____ DATA EXPEDIÇÃO ____/____/____

Nº RNE(Estrangeiro) _____ ORGÃO EMISSOR _____ DATA EXPEDIÇÃO ___/___/___

Nº RIC(RG Novo) _____ ORGÃO EMISSOR _____ DATA EXPEDIÇÃO ___/___/___

Nº NROC. (INSCRIÇÃO DO ORGÃO DA CLASSE RERPRESENTANTE EX: OAB, CRC, CRM E OUTROS) _____
ORGÃO EMISSOR _____ DATA EXPEDIÇÃO ___/___/___ DATA DEVALIDADE ___/___/___.

N.º CPF _____ DATA EMISSÃO ___/___/___

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO PIS/PASEP _____ DATA EMISSÃO ___/___/___

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO NIS _____ DATA EMISSÃO ___/___/___

TÍTULO ELEITOR Nº: _____ ZONA _____ SEÇÃO _____ DATA EMISSÃO ___/___/___

CNH (CARTEIRA DE HABILITAÇÃO) _____ DATA EXPEDIÇÃO ___/___/___ ESTADO UF CNH _____ DATA DE

VALIDADE ___/___/___ DATA 1ª HABILITAÇÃO ___/___/___ CATEGORIA CNH _____

DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

NOME DO DEPENDENTE	TIPO DEPENDENTE	DATA NASCIMENTO	CPF DO DEPENDENTE (Obrigatório se for Maiores 8 anos)	DEPENDENTES DE IRF	DEFICIENTE FISICO	DEPENDENTE PLANO PRIVADO DE SAÚDE
				SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()

CONTRIBUIÇÃO A OUTRAS EMPRESAS NO MÊS DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

CNPJ DA EMPRESA: _____

RAZÃO SOCIAL _____

SALÁRIO DE CONTRIBUIÇÃO _____

INSS DESCONTADO _____

CNPJ DA EMPRESA: _____

RAZÃO SOCIAL _____

SALÁRIO DE CONTRIBUIÇÃO _____

INSS DESCONTADO _____

DADOS PARA EMPRESA PREECHER SOBRE A CONTRATAÇÃO

DATA INICIO NA SOCIEDADE: ____/____/____

ALTERAÇÃO DO CONTRATO SOCIAL Nº: ____

VALOR DO PRO-LABORE: _____ SERÁ BRUTO () SERÁ LIQUIDO ()

DEPARTAMENTO DO SÓCIO _____

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

O QUESTIONÁRIO ACIMA É IMPRESCINDIVEL PARA O CADASTRAMENTO DOS SÓCIOS, NA FALTA DE DADOS NÃO IREMOS NOS RESPONSABILIZAR POR MULTAS OU PROBLEMAS FUTUROS ADVINDOS DO PREENCHIMENTO INCORRETO OU INCOMPLETO DO MESMO, SEMPRE JUNTO ENCAMINHAR CÓPIA DOS DOCUMENTOS MENCIONADOS ACIMA, JUNTO COM A QUALIFICAÇÃO CADASTRAL .

EMPRESA

ASSINATURA SÓCIO (A)