

* FICHA CADASTRAL *

Candidato, cole aqui uma das fotos 3x4.

MATRÍCULA Nº (USO EXCLUSIVO DA BBTECNOLOGIA)			
Cargo/Perfil:			Edital:
DADOS PESSOAIS			
Nome Completo:			Sexo:
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
DT Nascimento:		Idade:	
		Nacionalidade:	
Município de Nascimento:			Estado (UF):
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> SEPARADO(A)		País (Nascimento):
Nome do Pai:			Data Nascimento:
Nome da Mãe:			Data Nascimento:
Origem Étnica:	<input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> NEGRA <input type="checkbox"/> PARDA		Tipo Sanguíneo:
		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	
		Fator RH:	<input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO
Logradouro:			Número:
Complemento:		Bairro:	
		(UF):	
Município:			CEP:
Tel. Residência/DDD:		Outros Telefones:	
Tel. Celular/DDD:			
e-mail:			
Portador de Necessidades Especiais?		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual(is)?
		<input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> AUDITIVA	<input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> INTELLECTUAL
		<input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> REABILITADO	
DADOS DOS DOCUMENTOS PESSOAIS			
Empregado Estrangeiro	<input type="checkbox"/> Se Positivo	Informar:	RNE:
Data de Emissão RNE:		Categoria de Trabalhador Estrangeiro:	
Número do RG:		Estado Emissor(UF):	
		Órgão Emissor:	
Data de Expedição do RG:		Nº do CPF:	
Nº do Título de Eleitor:			(UF):
Zona:		Seção:	
		Data de Exp. Título de Eleitor:	
Carteira de Habilitação (CNH):		UF CNH:	
		Categoria:	
		Validade:	
Data de Expedição CNH:		Data 1ª CNH:	
Certificado de Reservista:		Série:	
Possui PIS ou PASEP?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Número do:	<input type="checkbox"/> PIS <input type="checkbox"/> PASEP
CTPS:		Série:	
		(UF):	
		Data de Emissão CTPS:	
Órgão de Classe (CREA, CRA, OAB, etc):		(UF):	Registro:
Data de expedição do Órgão de Classe:		Validade:	RIC:
Orgão Emissor:			Data de Exp. RIC:

MÚLTIPLOS VÍNCULOS

Múltiplos Vínculos trabalhistas: () Sim () Não

CNPJ:

Nome da Empresa:

Remuneração da Empresa:

Construção descontada:

Comentário:

EMPRESAS ANTERIORESPrimeiro Emprego? SIM
 NÃO

Nome da Empresa:

Data de Início do Contrato de Trabalho (CT):

Data do Fim do CT:

Nome da Empresa:

Data de Início do Contrato de Trabalho (CT):

Data do Fim do CT:

Nome da Empresa:

Data de Início do Contrato de Trabalho (CT):

Data do Fim do CT:

Nome da Empresa:

Data de Início do Contrato de Trabalho (CT):

Data do Fim do CT:

Nome da Empresa:

Data de Início do Contrato de Trabalho (CT):

Data do Fim do CT:

Nome da Empresa:

Data de Início do Contrato de Trabalho (CT):

Data do Fim do CT:

Nome da Empresa:

Data de Início do Contrato de Trabalho (CT):

Data do Fim do CT:

Nome da Empresa:

Data de Início do Contrato de Trabalho (CT):

Data do Fim do CT:

Nome da Empresa:

APOSENTADORIA

Aposentado?

 SIM
 NÃO

Data de Início de Concessão:

Órgão concessão:

Tipo de aposentadoria:

Tempo de Serviço com Rescisão

Invalidez Decorrente do Trabalho

[

Tempo de Serviço sem Rescisão

Invalidez Decorrente Doença Profissional

[

Idade com Rescisão

Compulsória

[

Invalidez Decorrente de Outros Motivos

Idade Sem Rescisão

[

Especial

Observação:

FORMAÇÃO ACADÊMICA (Marque o seu último grau de formação e situação) 2º GRAU MÉDIO COMPLETO 3º GRAU SUPERIOR (COMPLETO INCOMPLETO) PÓS-GRADUAÇÃO/MBA MESTRADO DOUTORADO

Nome da Instituição:			
Nome do Curso:			
Data de Início:		Data de Conclusão:	

DEPENDENTES

Nome do(a) Cônjuge:			
Data de Nascimento:		Nº do CPF do(a) Cônjuge:	
Local de Nascimento do Cônjuge		UF:	
Nome da Mãe do(a) Cônjuge:			

Possui Filhos ? SIM NÃO

Nome do(a) dependente:			
CPF do dependente:		Data de Nascimento:	
Nome da mãe do dependente:			

Nome do(a) dependente:			
CPF do dependente:		Data de Nascimento:	
Nome da mãe do dependente:			

Nome do(a) dependente:			
CPF do dependente:		Data de Nascimento:	
Nome da mãe do dependente:			

Nome do(a) dependente:			
CPF do dependente:		Data de Nascimento:	
Nome da mãe do dependente:			

INFORMAÇÕES BANCÁRIAS (Preferencialmente Banco do Brasil)

Nome do Banco:		Número do Banco:	
Nº da Agência:		Conta Corrente:	

Observação:			
-------------	--	--	--

DECLARO SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS, ESTANDO SUJEITO AOS PROCEDIMENTOS CIVEIS, ADMINISTRATIVOS E CRIMINAIS SE COMPROVADA A FALSIDADE DA DECLARAÇÃO.

ESTOU CIENTE DE QUE É MINHA RESPONSABILIDADE MANTER ATUALIZADOS MEUS DADOS CADASTRAIS JUNTO A EMPRESA.

Local e Data:		Assinatura:	
---------------	--	-------------	--