



**Conselho Regional Dos Despachantes Documentalistas
do Estado da Paraíba - CRDD-PB**

RECADASTRAMENTO DESPACHANTE 2020 - DADOS PESSOAIS

INSC. _____ / _____ -PB **CPF:**

Nome:

Sexo: () M () F Estado Civil: **SINDICALIZADO:** S () N ()

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Naturalidade: Nacionalidade:

End. Res.:

Bairro:

Município: Estado: CEP:

Telefone : Celular(es):

Data de Nascimento: / / RG: Órgão emissor: UF:

E-mail(s):

GRAU DE INSTRUÇÃO

Fundamental completo () Incompleto () – Médio completo () Incompleto ()
Superior completo () – Incompleto () – Pós- graduação completa () Incompleta ()

DADOS BANCÁRIOS

01-BANCO : / AGENCIA: / CONTA:

Operação/ Variação : Poupança () Conta Corrente: ()

02-BANCO : / AGENCIA: / CONTA:

Operação/ Variação : Poupança () Conta Corrente: ()

DADOS COMERCIAIS

Empresa: SISTEMA CODATA: () Sim () Não

End. Comercial:

Complemento: Bairro:

Município: Estado: PB CEP

CNPJ:

Telefone Comercial: Celular:

E-mail(s):

PRESTADOR DE SERVIÇO EM QUAIS CONCESSIONÁRIAS :

Veículos Novos:

Veículos Semi-Novos:

FUNCIONÁRIOS ESCRITÓRIO:

Mantém funcionário cadastrado? SIM () NÃO () Quantos ? Por extenso ()

AUXILIARES:

Mantém auxiliar cadastrado? SIM () NÃO () Quantos ? Por extenso ()

OBSERVAÇÕES: ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER PREENCHIDO EM LETRA DE FORMA, ANEXAR CÓPIAS ATUALIZADAS: **CNPJ, ALVARÁ DA PREFEITURA , ALVARÁ DO CORPO DE BOMBEIROS, COMPROVANTE DE RESIDENCIA (CONTA DE ÁGUA, LUZ OU TELEFONE), RG, CPF,CERTIFICADOS DE CURSOS, CERTIDÕES NEGATIVAS (CARTÓRIO DE DISTRIBUIÇÃO OU FÓRUM) E NADA CONSTA (JUSTIÇA FEDERAL / INTERNET)**



**Conselho Regional Dos Despachantes Documentalistas
do Estado da Paraíba - CRDD-PB**

RECADASTRAMENTO DESPACHANTE 2020		INSC. DESPACHANTE
DADOS DO AUXILIAR – Inscrição nº: _____ / _____		_____ / _____ -PB
Auxiliar da Empresa:		
Nome:		
Sexo: () M () F	Estado Civil:	CPF:
CTPS Nº:	Serie:	Data de Admissão: / /
Nome do Pai:		
Nome da Mãe:		
Data de Nascimento: / /	RG:	Órgão Emissor: UF:
Naturalidade:	UF:	Nacionalidade:
End. Res.:		
		Bairro:
Município:	Estado:	CEP:
Celular:		E-mail:
Grau de instrução		
Fundamental Completo () Incompleto () - Médio completo () incompleto ()		
Superior completo () Incompleto () - Pós-graduação completa () Incompleta ()		

RECADASTRAMENTO DESPACHANTE 2020		INSC. DESPACHANTE
DADOS DO AUXILIAR – Inscrição nº: _____ / _____		_____ / _____ -PB
Auxiliar da Empresa:		
Nome:		
Sexo: () M () F	Estado Civil:	CPF:
CTPS Nº:	Serie:	Data de Admissão: / /
Nome do Pai:		
Nome da Mãe:		
Data de Nascimento: / /	RG:	Órgão Emissor: UF:
Naturalidade:	UF:	Nacionalidade:
End. Res.:		
		Bairro:
Município:	Estado:	CEP:
Celular:		E-mail:
Grau de instrução		
Fundamental Completo () Incompleto () - Médio completo () incompleto ()		
Superior completo () Incompleto () - Pós-graduação completa () Incompleta ()		

OBSERVAÇÕES: ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER PREENCHIDO EM LETRA DE FORMA, ANEXAR CÓPIAS ATUALIZADAS: RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDENCIA (CONTA DE ÁGUA, LUZ OU TELEFONE), CÓPIA CARTEIRA DE TRABALHO (CTPS) CERTIFICADOS DE CURSOS, CERTIDÕES NEGATIVAS (CARTÓRIO DE DISTRIBUIÇÃO OU FÓRUM) E NADA CONSTA (JUSTIÇA FEDERAL/INTERNET)