



Conselho Regional Dos Despachantes Documentaristas
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: | | Insc. Municipal: | |
| 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 Documentaristas
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: | |
| CTPS Nº: | | CPF: | |
| 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: | |
| CTPS Nº: | | CPF: | |
| 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)