

Empresa NTT DATA Business Solutions - Serviços de Tecnologia Ltda - Curitiba 07.592.315/0001-14

**DADOS PESSOAIS**

Nome	Khaue Patrick Da Maia de Souza	Data de Nasc.	16/03/2000	Nacionalidade	Brasileira
				Cidade Nasc.	Joinville
Sexo	Masculino	Estado Civil	Solteiro(a)	Data da União	
Raça/Cor	Parda	Possui Filhos?	Não	Qtde de Filhos	
Nome do Pai	Paulo Cesar de Souza	Nome da Mãe	Lorilda da Maia		
Grau de Instrução	Superior Incompleto	Nome do Curso	Engenharia de Software		

**DOCUMENTAÇÃO PESSOAL**

Campos obrigatórios marcados com (\*).

RG (*)	7214055	Data Emissão (*)	14/02/2014	Emissor (*)	SSP
CPF (*)	112.568.629-40	PIS (*)	21284876251	Data Emissão (*)	14/02/2014
CTPS (*)	6475312	Série (*)	40	UF (*)	SC
				Data Emissão (*)	28/05/2014
Certificado de Reservista (*)	32.000.090320-6	Tít. de Eleitor (*)	0637 1711 0957	Zona (*)	105
				Seção (*)	46
Passaporte		Validade			

**ENDEREÇO**

Rua	Guaratinguetá	Número	1471	Complemento	Apto 201
Bairro	Jardim Iririú	Cidade	Joinville	CEP	89224036
				UF	SC
E-mail	<a href="mailto:khaue.souza@hotmail.com">khaue.souza@hotmail.com</a>	Tel. Resid		Tel. Cel. (*)	47999939357
Contato para emergências		Tel. 1	47 8848-7501	Tel. 2	47 9126-6627

Você autoriza incluir seu contato (Telefone pessoal) em sua assinatura de e-mail? (\*) Sim

Você receberá uma camiseta no Kit Integração NTT DATA. Informe a opção do tamanho: GG

**Obrigatório DADOS BANCÁRIOS / OUTROS**

Banco	Conta Corrente preferencialmente Bradesco (Nome Banco)	Cód. Banco	237	Agência	2150
				Número da conta	3601110
	Conta Salário obrigatório Bradesco	Cód. Banco	237	Agência	2150
				Número da conta	3601110

Deseja efetuar a adesão ao Plano de Saúde Bradesco? Sim

Deseja efetuar a adesão ao Plano Odontológico - Bradesco Dental? Não

**CADASTRO FAMILIAR**

Adicione abaixo todos seus dependentes legais, indicando quais as respectivas elegibilidades: inclusão no plano de saúde, odontológico e, se é dependente para fins de IRPF.

Obs: Preencher os dados, mesmo que esses não sejam dependentes dos benefícios listados.

Nome do Dependente - 1		Nome da Mãe do Dependente		Dependente IRPF	Plano Saúde	Plano Odonto
Data de Nasc.	Parentesco	Sexo	CPF	Estado Civil	Telefone Res.	Celular
Nome do Dependente - 2		Nome da Mãe do Dependente		Dependente IRPF	Plano Saúde	Plano Odonto
Data de Nasc.	Parentesco	Sexo	CPF	Estado Civil	Telefone Res.	Celular
Nome do Dependente - 3		Nome da Mãe do Dependente		Dependente IRPF	Plano Saúde	Plano Odonto
Data de Nasc.	Parentesco	Sexo	CPF	Estado Civil	Telefone Res.	Celular
Nome do Dependente - 4		Nome da Mãe do Dependente		Dependente IRPF	Plano Saúde	Plano Odonto
Data de Nasc.	Parentesco	Sexo	CPF	Estado Civil	Telefone Res.	Celular