**FORMULÁRIO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL**

|  |
| --- |
| **UNIDADE DE TRABALHO:** |

Prezado colaborador,

Para adequação as normas da e-social, solicitamos o preenchimento completo da ficha de atualização cadastral.

* **IMPORTANTE: A não entrega do formulário de atualização dos dados impossibilitará o crédito de salário, no 5º dia útil.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DADOS DO TRABALHADOR** |
| 01 | Nome do trabalhador: Beatriz de Oliveira Barros |
| 02 | CPF: 425.377.888-77 |
| 03 | Nacionalidade: Brasileira |
| 04 | Data de nascimento: 11-08-1993 |
| 05 | Local de nascimento: São Vicente |
| 06 | Estado de nascimento: São Paulo |
| 07 | Estado civil:  ( ) Solteiro ( x ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( ) outros  Nome e CPF do cônjuge se houver: |
| 08 | Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino |
| 09 | Raça e cor:  ( ) Indígena ( ) Branca ( ) Negra ( ) Amarela ( x ) Parda ( ) Não informado ( ) Não declarado |
| 10 | Endereço: Rua Onze de Junho, 324  Complemento: Ap. 83  Bairro: Itararé CEP: 11320-160  Cidade: São Vicente Estado: SP |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DADOS COMPLEMENTARES** |
| 11 | Estrangeiro – data de chegada ao Brasil: |
| 12 | Data de naturalização: |
| 13 | Casado com brasileiro (a)  ( ) Sim ( ) Não |
| 14 | Tipo de visto: |
| 15 | RNE/Órgão e UF emissor: |
| 16 | Passaporte: |
| 17 | País de origem: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **IDENTIFICAÇÃO** |
| 18 | Número da carteira de trabalho: 18543 |
| 19 | Série da carteira de trabalho: 396 |
| 20 | Estado da emissão da CTPS: SP |
| 21 | Tipo de identificação  ( ) RIC ( x ) RG ( ) RNE ( ) OC ( ) CNH  Número do documento: 48868662-3  Data de expedição: 26-JUN-2014  Estado de emissão: SP |
| 22 | Cartão do SUS: |
| 23 | Título de eleitor: 4029 0446 0108  Zona: 340  Seção: 0283 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **INFORMAÇÕES DE CONTATO** |
| 24 | Número de telefone fixo: (13) 3469-1373 |
| 25 | Número de celular: (13) 98117-3354 |
| 26 | E-mail: beatrizolive.b@gmail.com |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ESCOLARIDADE** |
| 27 | Grau de instrução:  ( ) Analfabeto ( ) Até o 5º ano incompleto do ensino fundamental ( ) 5º ano completo  ( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo  ( ) Ensino superior incompleto ( x ) Ensino superior completo ( ) Pós graduação ( ) Mestrado ( ) Doutorado |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DEPENDENTES** |
| 28 | Nome do dependente:  CPF **(OBRIGATÓRIO)**:  Data de nascimento:  Grau de parentesco:  Dependente para fins de IRRF: ( ) Sim ( ) Não  Cartão do SUS:  Nome do dependente:  CPF **(OBRIGATÓRIO)**:  Data de nascimento:  Grau de parentesco:  Dependente para fins de IRRF: ( ) Sim ( ) Não  Cartão do SUS:  Nome do dependente:  CPF **(OBRIGATÓRIO)**:  Data de nascimento:  Grau de parentesco:  Dependente para fins de IRRF: ( ) Sim ( ) Não  Cartão do SUS:  Nome do dependente:  CPF **(OBRIGATÓRIO)**:  Data de nascimento:  Grau de parentesco:  Dependente para fins de IRRF: ( ) Sim ( ) Não  Cartão do SUS: |

**Assinatura:**