***CADASTRO DE FORNECEDOR - PF***

Nome\*: CNPJ/CPF\*:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Telefone: E-mail:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Endereço\*: Nº Complemento:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Bairro: Município: País:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

PIS/PASEP: Nº de dependentes

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Conta para depósito:

Titular: Banco: Agência: C/C:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Caso o fornecedor não seja cadastrado, favor enviar cópia dos seguintes documentos:**  · Carteira de identidade  · CPF  . Título de Eleitor  · Comprovante de residência  · Número do PIS ou NIT |

|  |
| --- |
| **Responder as seguintes questões:**  · Estado civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  · Grau de instrução (escolaridade): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  · Cor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  · Deficiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  · É aposentado: (\_\_) SIM (\_\_) NÃO.  Se sim, por contribuição ou invalidez? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ASSINATURA**