

- Consorciado(a) Fiador
 Cessionário / Transferência Atualização Cadastral

FICHA CADASTRAL PESSOA FÍSICA

Preencher os campos com seus dados pessoais atualizados e assinar com firma reconhecida. Preencha o campo do e-mail e receba informações do andamento do seu processo.

| Grupo(s): | Cota(s): |
|-----------|----------|
| | |

| DADOS PESSOAIS | | | | | | |
|---|---------------|--|----------------------|---|---|---|
| Nome | | | CPF | | | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Data de Nascimento | Nacionalidade | Naturalidade | Identidade Nº | Org. Emissor | UF | Data Emissão |
| Estado Civil | | Filiação | | | | |
| E-mail para contato: | | | Telefone Residencial | | Telefone Celular | |
| DADOS RESIDENCIAIS | | | | | | |
| Endereço | | | Número | Complemento | Bairro | |
| Cidade | | UF | CEP | Tipo de Residência <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Financiada <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Outros | | Tempo de Residência _____ anos _____ meses. |
| End. Correspondência <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial | | Endereço Anterior (Rua / nº / Complemento / Cidade / Estado (Se residência atual for inferior 12 meses). | | | | |
| DADOS PROFISSIONAIS | | | | | | |
| Empresa onde trabalha | | | CNPJ | | Data Admissão | |
| Categoria Profissional <input type="checkbox"/> Assalariado <input type="checkbox"/> Empresário <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Prof. Liberal | | | Profissão / Cargo | | Salário Mensal / Rendimentos | |
| Endereço Comercial | | | Telefone Comercial | | E-mail Comercial | |
| Outros Rendimentos (especificar): | | | | | | |
| | | | | | | |
| Empresa onde trabalhava | | | Cargo | | Data da Saída | |
| DADOS CÔNJUGE | | | | | | |
| Nome | | | CPF | | | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Data Nascimento | Nacionalidade | Naturalidade | Identidade nº | Org. Emissor | UF | Data Emissão |
| Filiação | | | | | | |
| E-mail para contato | | | Telefone Residencial | | Telefone Celular | |
| Empresa Onde Trabalha | | | CNPJ | | Data Admissão | |
| Categoria Profissional <input type="checkbox"/> Assalariado <input type="checkbox"/> Empresário <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Prof. Liberal | | | Profissão/Cargo | | Salário Mensal/Rendimentos | |
| Endereço Comercial | | | Telefone Comercial | | E-mail Comercial | |
| PATRIMÔNIO | | | | | | |
| Imóvel | Endereço | | | Valor Atual | Ônus <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | |
| Automóvel | Modelo | Ano | Valor Atual | Valor FIPE | Ônus <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | |
| Automóvel | Modelo | Ano | Valor Atual | Valor FIPE | Ônus <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | |
| REFERÊNCIAS BÂNCARIAS | | | | | | |
| Banco | Agência | Número da Conta c/ Dígito | | | Corrente <input type="checkbox"/> Poupança <input type="checkbox"/> | |
| REFERÊNCIAS PESSOAIS | | | | | | |
| Nome | | Grau de Parentesco | | Telefone de Contato | | |
| Nome | | Grau de Parentesco | | Telefone de Contato | | |

DECLARO QUE CONFERI E RATIFICO AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS E ASSUMO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELAS MESMAS

Local e data: _____, ____ de _____ 20__ Assinatura (Reconhecer Firma): _____