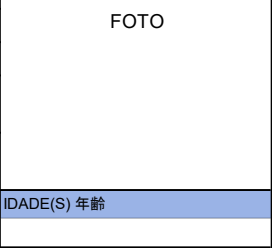




DATA

NOME COMPLETO 氏名			IDADE 年齢	SEXO 性別 <input type="checkbox"/> F 女性 <input type="checkbox"/> M 男性	
DATA DE NASCIMENTO 生年月日	LOCAL DE NASCIMENTO 出生地	ESTADO CIVIL 既婚別 <input type="checkbox"/> SOLTEIRO 独身 <input type="checkbox"/> CASADO 既婚 <input type="checkbox"/> DIVORCIADO 離婚 <input type="checkbox"/> OUTROS その他			
GERAÇÃO 国籍 <input type="checkbox"/> ISSEI/DUPLA 一世/二重籍 <input type="checkbox"/> NISSEI 二世 <input type="checkbox"/> SANSEI 三世 <input type="checkbox"/> YONSEI 四世 <input type="checkbox"/> MESTIÇO 混 <input type="checkbox"/> NÃO DESCENDENTE ブラジル人					
ALTURA 体重	PESO 体長	CALÇADO 靴	MANEQUIM サイズ	E-MAIL メール	
FACEBOOK フェイスブック	SKYPE スカイプ				
NOME COMPLETO DO PAI 父親の氏名			NOME COMPLETO DA MÃE 母親の氏名		
NOME COMPLETO DO CÔNJUGE 夫・妻の氏名			NOME DO(S) FILHO(S) 子供たちの氏名		IDADE(S) 年齢
ENDEREÇO COMPLETO (Cidade e Estado) 住所					CEP 郵便番号
TEL.RESIDENCIAL 電話(住宅)	WHATSAPP	CELULAR 1 + OPERADORA 携帯番号	CELULAR 2 + OPERADORA 携帯番号	TELEFONE COMERCIAL 電話(勤め先)	TELEEMERGÊNCIA 緊急連絡先



RG 身分証明書	CPF	NPASSAPORTE パスポート番号	VENCIMENTO 期限
VISTO 査証	<input type="checkbox"/> ESPECÍFICO 特定 <input type="checkbox"/> PERMANENTE 永住 <input type="checkbox"/> RE-ENTRY 再入 <input type="checkbox"/> AJUDA GOVERNO 帰国支援 <input type="checkbox"/> AMERICANO アメリカ <input type="checkbox"/> PROVIDENCIAR 必要 <input type="checkbox"/> VENC. 期限		
CNH 免許証	<input type="checkbox"/> POSSUI 有 <input type="checkbox"/> NÃO POSSUI 無 【PAÍS】 <input type="checkbox"/> BR ブラジル <input type="checkbox"/> JP 日本 <input type="checkbox"/> OUTRO その他: QUAL ?		TEM CARRO NO JP? 自動車 <input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無
CONDIÇÃO FÍSICA 体調	<input type="checkbox"/> BOA 良 <input type="checkbox"/> RUIM 悪	PROBLEMA ESTÔMACAL 胃病 <input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無	DOENÇA GRAVE? 病気 <input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無
ASMA 喘息	<input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無	PROBL. RESPIRATÓRIO 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無	SOFREU CIRURGIA? 手術 <input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無
DIABETES 糖尿病	<input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無	PROBL. DE AUDIÇÃO 耳の疾患 <input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無	DEFICIÊNCIA FÍSICA? 身体障害 <input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無
EPILEPSIA てんかん	<input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無	PROBLEMA DE COLUMNA 背骨病氣 <input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無	METAL NO CORPO? 金属のピン <input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無
DALTÔNICO 色覚異常	<input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無	PROBLEMA DE JOELHO 膝の病氣 <input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無	ALERGIA? アレルギー <input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無
DORES DE CABEÇA 頭痛	<input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無	PROBLEMA NO PULSO 手首の病氣 <input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無	TOMA MEDICAMENTOS? 薬飲む <input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無
VISAO BOA 視力	<input type="checkbox"/> BOA 良 <input type="checkbox"/> NÃO 無	ACIDENTE GRAVE 交通事故 <input type="checkbox"/> SIM はい <input type="checkbox"/> NÃO いいえ	ESTA GRAVIDA? 妊娠 <input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無
É FUMANTE? タバコ	<input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無	PIERCING ピアス <input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無	PRESSAO 血圧 <input type="checkbox"/> ALTA 高 <input type="checkbox"/> NORMAL 普通 <input type="checkbox"/> BAIXA 低
BEBE B. ALCÓLICA 酒	<input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無	ANDA BICICLETA 自転車 <input type="checkbox"/> SIM はい <input type="checkbox"/> NÃO いいえ	TIPO SANGÜÍNEO 血液型 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
HABILIDADE 書く	<input type="checkbox"/> DESTRO 右 <input type="checkbox"/> CANHOTO 左	TATUAGEM 入れ墨 <input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無	ESPECIFIQUE: 体の部分:

LINGUA JAPONESA 日本語知識	CONVERSAÇÃO 日本語	HIRAGANA ひらがな	KATAKANA カタカナ	KANJI 漢字	INGLÊS 英語	ESCOLARIDADE 学歴
NADA 無	FALA 話す	Leitura 読	Escrita 書	Leitura 読	Escrita 書	<input type="checkbox"/> CONCLUÍDO 卒業 <input type="checkbox"/> NÃO CONCLUÍDO 中退
POUCO 時々	ENTENDE 理解	Leitura 読	Escrita 書	Leitura 読	Escrita 書	<input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL 1 (1a.~5a.série) 小学
Intermediario 中						<input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL 2 (6a.~8a.série) 中学
FLUENTE 有						<input type="checkbox"/> MÉDIO 高校
%						<input type="checkbox"/> TÉCNICO 専門学 ESPECIFIQUE 特定する:
						<input type="checkbox"/> SUPERIOR 大学 ESPECIFIQUE 特定する:

CURRÍCULO 履歴	TIPO DE SERVIÇO 仕事の内容	FÁBRICA 会社名 / LOCAL 場所	EMPREENHEIRA 会社	DATA 日付 [mes/ano]月/年	MOTIVO DA SAÍDA 退職理由
JAPÃO 日本					
BRASIL ブラジル					

REFERÊNCIA NO JAPÃO (PARENTES) - NOME COMPLETO 日本との連絡先(親戚)	RELAÇÃO 関係
FONE RESIDENCIAL 電話番号(住宅)	FAX ファックス番号
CELULAR 携帯番号	OUTRO その他
ENDEREÇO COMPLETO 住所	
CEP 〒	

REFERÊNCIA NO BRASIL (PARENTES) - NOME COMPLETO ブラジルの連絡先(親戚)	RELAÇÃO 関係
FONE RESIDENCIAL 電話番号(住宅)	FAX ファックス番号
CELULAR 携帯番号	OUTRO その他
ENDEREÇO COMPLETO 住所	
CEP 〒	

QUANDO PRETENDE IR AO JAPÃO? 訪日可能日	EM QUE REGIÃO PRETENDE FICAR? 所在地希望	QUANTO TEMPO PRETENDE FICAR? 在留期間	PODE DIVIDIR O APARTAMENTO? アパート共有	JÁ TEVE SHAKAI HOKEN? 社会保険
			<input type="checkbox"/> SIM はい <input type="checkbox"/> NÃO いいえ	<input type="checkbox"/> SIM はい <input type="checkbox"/> NÃO いいえ
PREFERENCIA POR TIPO DE SERVIÇO? 仕事の希望	<input type="checkbox"/> SIM 有 <input type="checkbox"/> NÃO 無	ALGUMA FÁBRICA EM ESPECÍFICO? 会社の希望	PODE FAZER TURNO ALTERNADO? 交代勤務	PODE FAZER HORA EXTRA? 残業
QUAL? <input type="checkbox"/> AUTO PEÇAS 車 <input type="checkbox"/> ELETRÔNICA 電気 <input type="checkbox"/> ALIMENTO 食品 <input type="checkbox"/> OUTROS その他			<input type="checkbox"/> SIM はい <input type="checkbox"/> NÃO いいえ	<input type="checkbox"/> SIM はい <input type="checkbox"/> NÃO いいえ
PRETENDE LEVAR CÔNJUGE / FILHO? いっしょに	<input type="checkbox"/> SIM はい <input type="checkbox"/> NÃO いいえ	PRECISA DE CRECHE? 保育園	TEM CONDIÇÕES DE PAGAR PARTE DO FINANCIAMENTO? 立替金	
QUEM? 夫・妻/子供 ?		<input type="checkbox"/> SIM はい <input type="checkbox"/> NÃO いいえ	<input type="checkbox"/> SIM はい <input type="checkbox"/> NÃO いいえ	QUANTO? 金額:

OBSERVAÇÕES SOBRE O CANDIDATO 備考

CONFIRMO QUE TODAS AS AFIRMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, SÃO VERDADEIRAS. 上記の記載内容については、事実と相違ないことを証明します。

ASSINATURA DO CANDIDATO サイン

AGÊNCIA PROMOTOR