

Formulário para Admissão

Informações Gerais

Empresa					
Profissional					
Admissão		Função		Salário	
Horário de Trabalho					
Intervalo:					
Contrato de Experiência	() 30 dias + 30 dias	() 45 dias + 45 dias	() s/contrato de experiência		
Vale Transporte	() Sim	() Não			
Convênio Médico	() Sim	() Não	Plano de Saúde:		Valor
Dependente	() Sim / Quantidade	() Não			Valor
Convênio Farmácia	() Sim	() Não	Pensão Alimentícia	() Sim	() Não
Sindicalizado:	() Sim	() Não			
Adiantamento Salarial	() %	() fixo: Valor R\$		() Não	

DADOS FORNECIDOS PELO EMPREGADO – PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Nome					
Nome da Mãe					
Nome do Pai:					
Sexo:	() Feminino	() Masculino			
Grau de Instrução:					
Estado: Civil:		Comunhão de Bens:	() Comunhão Parcial	() Comunhão Total	() Separação de Bens
Data Nascimento		Naturalidade:		Estado:	
Endereço:					Número:
Bairro:				Complemento	
CEP:		Cidade:		Estado:	
Telefone Residencial:	()	Telefone Celular:	()		
Email:					

Características Físicas:

Cor da Pele:	() Indígena	() Branca	() Negra	() Amarela	() Parda
Deficiente Físico:	() Não / () Sim:	[] Física	[] Visual	[] Auditiva	[] Mental [] Intelectual [] Reabilitado

DOCUMENTOS

CPF		P.I.S.		Data do Cadastro	
Carteira de Trabalho		Série		UF	Dt de Emissã
R.G.		Dt de Emissão		UF	Órgão Emiss
Tít. de Eleitor		Dt de Emissão		Zona	Seção
Reservista				Categoria:	
R.I.C.		Dt de Emissão		UF	Órgão Emiss
CNH		Data de Validade:		Categoria:	Órgão Emiss
Órgão Emissor				UF	

DEPENDENTES

Nome				Parentesco:	
CPF:		Dt. Nascimento			
Tipo:	() IRRF	() Salário Família	() Convênio Médico		
Nome				Parentesco:	
CPF:		Dt. Nascimento			
Tipo:	() IRRF	() Salário Família	() Convênio Médico		
Nome				Parentesco:	
CPF:		Dt. Nascimento			
Tipo:	() IRRF	() Salário Família	() Convênio Médico		
Nome				Parentesco:	
CPF:		Dt. Nascimento			
Tipo:	() IRRF	() Salário Família	() Convênio Médico		