

FICHA DE DADOS PESSOAIS PARA ADMISSÃO

DADOS PESSOAIS:

NOME COMPLETO _____

NOME SOCIAL _____

NOME PAI: _____

NOME MÃE: _____

DATA NASCTO ____/____/____ MUNICIPIO DE NASCIMENTO _____ UF: _____

PAIS DE NASCIMENTO _____ PAIS DE NACIONALIDADE _____

NACIONALIDADE BRASILEIRA () - ESTRANGEIRA ()

SEXO _____ RAÇA (Exemplo, Branco, Pardo e etc.) _____

1º EMPREGO () SIM () NÃO

DEFICIENTE FISICO () SIM () NÃO SE SIM QUAL DEFICIÊNCIA () VISUAL () AUDITIVA () MENTAL () INTELECTUAL

TRABALHADOR REABILITADO () SIM () NÃO

É APOSENTADO POR TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO OU IDADE () SIM () NAO

GRAU DE INSTRUÇÃO _____ ESTADO CIVIL _____

ENDEREÇO RES.: _____

BAIRRO _____ CEP. _____ EST. _____

TELEFONE: () _____ CELULAR. () _____

EMAIL PESSOAL _____ EMAIL PESSOAL ALTERNATIVO _____

ESTRANGEIROS PREENCHER ALÉM DOS DADOS ACIMA OS DADOS ABAIXO:

CASADO COM BRASILEIRA () SIM () NÃO FILHOS BRASILEIROS () SIM () NÃO

ENDEREÇO EXTERIOR _____

PAIS RESIDÊNCIA _____ DESCRIÇÃO LOGRADOURO _____

Nº LOGRADOURO _____ BAIRRO _____ NOME DA CIDADE _____

CODIGO POSTAL _____ DATA CHEGADA ____/____/____ CLASSIFICAÇÃO DO ESTRANGEIRO _____

_____(EX: VISTO PERMANENTE OU OUTROS)

INFORMAÇÃO SOBRE A CONTA DO DEPOSITO DO SALÁRIO:

BANCO _____ AGÊNCIA _____ NR CONTA _____ TIPO DE CONTA () CORRENTE () POUPANÇA () SALÁRIO

DOCUMENTOS PESSOAIS:

Nº RG. _____ ORGÃO EMISSOR _____ DATA EXPEDIÇÃO ____/____/____

Nº RNE(Estrangeiro) _____ ORGÃO EMISSOR _____ DATA EXPEDIÇÃO ____/____/____

Nº RIC(RG Novo) _____ ORGÃO EMISSOR _____ DATA EXPEDIÇÃO ____/____/____

Nº NROC. (INSCRIÇÃO DO ORGÃO DA CLASSE RERPRESENTANTE EX: OAB, CRC, CRM E OUTROS) _____
ORGÃO EMISSOR _____ DATA EXPEDIÇÃO ____/____/____ DATA DEVALIDADE ____/____/____.

CARTEIRA DE TRABALHO N.º _____ SÉRIE _____ ESTADO _____ DATA EMISSÃO ____/____/____

N.º CPF _____ DATA EMISSÃO ____/____/____

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO PIS/PASEP _____ DATA EMISSÃO ____/____/____

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO NIS _____ DATA EMISSÃO ____/____/____

RESERVISTA (DOCUMENTO MILITAR) _____ CATEGORIA _____

TÍTULO ELEITOR Nº: _____ ZONA _____ SEÇÃO _____ DATA EMISSÃO ____/____/____

CNH (CARTEIRA DE HABILITAÇÃO) _____ DATA EXPEDIÇÃO ____/____/____ ESTADO UF CNH _____ DATA DE

VALIDADE ____/____/____ DATA 1º HABILITAÇÃO ____/____/____ CATEGORIA CNH _____

CONTRIBUIÇÃO SINDICAL ANO BASE

JÁ TEVE CONTRIBUIÇÃO SINDICAL ESTE ANO () SIM () NÃO

DADOS DO VALE-TRANSPOTE

RELACIONAR ABAIXO OS MEIOS DE TRANSPORTE UTILIZADOS POR DIA, INCLUINDO NOME DA LINHA E NÚMERO.

DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA E SALÁRIO FAMILIA

NOME DO DEPENDENTE	TIPO DEPENDENTE	DATA NASCIMENTO	CPF DO DEPENDENTE (Obrigatório se for Maiores 8 anos)	DEPENDENTES DE IRF	DEFICIENTE FISICO	DEPENDENTE PLANO PRIVADO DE SAÚDE
				SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()

				SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()
				SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()

DADOS PARA EMPRESA PREECHER SOBRE A CONTRATAÇÃO

DATA ADMISSÃO: ____/____/____

PERÍODO DE EXPERIENCIA: ____ + ____ DIAS.

FUNÇÃO: _____

DESCRIÇÃO	DO	CARGO	(Descrever	atividades	atribuídas)
-----------	----	-------	------------	------------	-------------

SALÁRIO (Além do Salário terá mais algum beneficio ou pagamento de Comissão e etc.) _____

DEPARTAMENTO/CENTRO DE CUSTO _____

CNPJ Tomador de Serviço (Quando tiver trabalhador alocado em outra empresa) _____

LOCAL DE TRABALHO (NA EMPRESA OU EM OUTRO LOCAL SENDO EM OUTRO LOCAL PREENCHER OS DADOS ABAIXO:)

ENDEREÇO RES.: _____

BAIRRO _____ CEP. _____ EST. _____

JORNADA DE TRABALHO - Deverá descrever dia a dia a jornada ou seja, de 2ª a Domingo, inclusive intervalo para almoço, e dias de descanso, é se o empregado trabalha em escala ou não.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

O QUESTIONÁRIO ACIMA É IMPRESCINDIVEL PARA O CADASTRAMENTO DOS EMPREGADOS, NA FALTA DE DADOS NÃO IREMOS NOS RESPONSABILIZAR POR MULTAS OU PROBLEMAS FUTUROS ADVINDOS DO PREENCHIMENTO INCORRETO OU INCOMPLETO DO MESMO, SEMPRE JUNTO ENCAMINHAR CÓPIA DOS DOCUMENTOS MENCIONADOS ACIMA, JUNTO COM EXAME MÉDICO ADMISSINAL, QUALIFICAÇÃO CADASTRAL E CONSULTA DO SEGURO DESEMPREGO.

DEVERÁ CONSTAR ASSINATURA DA EMPRESA E EMPREGADO ABAIXO:

EMPRESA

EMPREGADO