

CADASTRO DE ADMISSÃO DE FUNCIONÁRIOS

EMPRESA: _____

PREENCHER TODAS AS INFORMAÇÕES DO EMPREGADO:

- 01) NOME: _____
- 02) ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____
- 03) CIDADE: _____ CEP: _____ ESTADO: _____
- 04) **FUNÇÃO:** _____
- 05) Nº CARTEIRA DE TRABALHO/SÉRIE: _____
- 06) Nº DA IDENTIDADE: _____
- 07) Nº TÍTULO DE ELEITOR: _____
- 08) Nº PIS: _____
- 09) Nº CPF: _____
- 10) Nº DA CARTEIRA DE RESERVISTA: _____
- 11) DATA DE NASCIMENTO: _____
- 12) **DATA DA ADMISSÃO:** _____
- 13) GRAU DE INSTRUÇÃO: _____
- 14) **HORÁRIO DE TRABALHO:** _____
- 15) FOLGA SEMANAL: _____
- 16) ESTADO CIVIL : _____
- 17) FILHOS MENORES DE 14 ANOS: ___ SIM OU ___ NÃO.
- a) Nomes dos Filhos e Data de Nascimento
- _____
- _____
- _____
- 18) **FAZER CONTRATO DE EXPERIÊNCIA:** ___ SIM OU ___ NÃO. O CONTRATO DEVERÁ SER DE ___ DIAS, PRORROGADO POR MAIS ___ DIAS.
- 19) **DESCONTA VALE-TRANSPORTE:** ___ SIM OU ___ NÃO (O Desconto só pode ser efetuado se a empresa comprar os vales-transportes na Seturn).
- 20) **SALÁRIO MENSAL (R\$):** _____

ANEXAR CÓPIA DOS DOCUMENTOS ABAIXO:

- CARTEIRA DE TRABALHO;
- 01 FOTO 3 x 4;
- CÓPIA DA IDENTIDADE, Nº DO CPF E TÍTULO DE ELEITOR;
- CÓPIA DA CARTEIRA DE RESERVISTA (NO CASO DE HOMEM MAIOR DE 18);
- CÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO DO FILHO MENOR DE 14 ANOS;
- CÓPIA DA CARTEIRA DE VACINAÇÃO DOS FILHOS MENORES DE 05 ANOS;
- CÓPIA DO PIS OU Nº (SE FOR REEMPREGO);
- NO ATO DA ADMISSÃO TRAZER **ATESTADO MÉDICO ADMISSIONAL DO FUNCIONÁRIO** EMITIDO POR MÉDICO DO TRABALHO E O RECIBO DE COMPROVANTE DE PAGAMENTO POR PARTE DA EMPRESA.