



Empresa:

CNPJ:

Contato:

E-mail:

REGISTRO DE EMPREGADO**NOME DO EMPREGADO:****DADOS DO CONTRATO**

Data da admissão:

Função do funcionário:

Salário:

Adicional insalubridade: () sim () não Periculosidade: () sim () não Horas extras fixas:

Gratificação de função: () sim () não Quebra de caixa: () sim () não Outros:

Conta Bancária - Banco: Conta: Agência:

Possui experiência na mesma função em outra empresa? () sim () não

Primeiro emprego? () sim () não

Experiência: () 30 + 60 () 45 + 45 () outros:

Horário trabalho: Seg a Sex:

Sábado: Domingo:

Data do Exame Admissional: CRM/Medico: Data do exame Toxicológico:

Vale transporte: () sim () não

DADOS QUE DEVERÃO SER PREENCHIDOS PELO EMPREGADO, E ASSINADO INDIVIDUALMENTE PELO EMPREGADO**1 – Nome Social:****2 – Nacionalidade:****3 – Sexo:** () Feminino () Masculino**4 – Data de Nascimento:** / /**5 – Cidade de Nascimento:****6 – Estado civil:** () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () União Estável () Outros**7 – Raça e Cor:** () Indígena () Branca () Negra () Amarela de origem japonesa, coreana etc.

() Parda (declarada como mulata, ou mestiça de negro com pessoa de outra cor ou raça)

() Não informando

DADOS COMPLEMENTARES DO TRABALHADOR**8 – Residentes no Exterior:** () Sim () Não**9 – País:****10 – Endereço:****11 – Número:****12 – Bairro:****13 – Complemento:****14 – Cidade:****15 – CEP:****16 – Aposentado:** () Sim () Não**17 – Data da Aposentadoria:** / /**INFORMAÇÕES DE CONTRATO****18 – Número de telefone fixo do trabalhador com DDD:****19 – Número de telefone móvel do trabalhador com DDD:****20 – Endereço eletrônico principal e-mail:****21 – Número de telefone fixo de familiar (Pai, mãe, cônjuge) com DDD:****22 – Tipo sanguíneo:****ESCOLARIDADE****23 – Grau de Instrução do trabalhador:**

() 01 – Analfabeto

() 02 – Até a 4ª série incompleta do ensino fundamental (antigo 1º grau ou primário)

() 03 – 4ª série completa do ensino fundamental (antigo 1º grau ou primário)

() 04 – Da 5ª a 8ª série do ensino fundamental (antigo 1º grau ginásio)

() 05 – Ensino fundamental completo (antigo 1º grau, primário ou ginásio)

() 06 – Ensino médio incompleto (antigo 2º grau, secundário ou colegial)

() 07 – Ensino médio completo (antigo 2º grau, secundário ou colegial)

() 08 – Educação Superior incompleta

() 09 – Educação Superior completa

() 10 – Pós Graduação
() 11 – Mestrado
() 12 - Doutorado
TRABALHADOR ESTRANGEIRO
24 – Data da chegada do trabalhador ao Brasil, em caso de estrangeiro:
25 – Data de naturalização brasileira em caso de estrangeiro naturalizado:
26 – Condição de casado com brasileiros em caso de trabalho estrangeiro : () Sim () Não
27 – Se o trabalhador estrangeiro tem filhos com brasileiro: () Sim () Não
PESSOA COM DEFICIÊNCIA
28 – Deficiência motora: () Sim () Não – Qual:
29 – Deficiência visual: () Sim () Não – Qual:
30 – Deficiência auditiva: () Sim () Não – Qual:
31 – Deficiência mental: () Sim () Não – Qual:
32 – Deficiência intelectual: () Sim () Não – Qual:
33 – Deficiência física: () Sim () Não – Qual:
34 – Reabilitado. Observações:
MÚLTIPLOS VÍNCULOS TRABALHISTA
35 – Trabalha registrado em outra empresa: () Sim () Não
36 – Nome da empresa:
37 – CNPJ: _____ 36 – Remuneração
38 – Filiado ao Sindicato () Sim () Não Qual:
DOCUMENTOS - ANEXAR
39 – Cópia dos seguintes documentos:
<input checked="" type="checkbox"/> Cadastro de Pessoa Físicas (CPF); <input checked="" type="checkbox"/> Título de Eleitor; <input checked="" type="checkbox"/> Certidão de Alistamento Militar/Reservista; <input checked="" type="checkbox"/> Carteira de Motorista; <input checked="" type="checkbox"/> Cartão do PIS/PASEP/Inscrição INSS; <input checked="" type="checkbox"/> Registro Geral (RG); <input checked="" type="checkbox"/> Certidão de Casamento ou contrato de União Estável; <input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência <input checked="" type="checkbox"/> Comprovantes de Escolaridade <input checked="" type="checkbox"/> Cartão de Banco; caso pagamento for através de banco. <input checked="" type="checkbox"/> RG/Certidão de Nascimento e CPF dos dependentes; <input checked="" type="checkbox"/> Carteira de Vacinação dos filhos menores de 14 anos; <input checked="" type="checkbox"/> Cópia da CTPS E Última folha de pagamento, quando possuir múltiplos vínculos; <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo do exame toxicológico; <input checked="" type="checkbox"/> Laudos médicos e exame da Medicina Ocupacional quando portador de necessidades especiais;
<p>Declaro para os fins devidos fins que as informações constantes neste formulário são fiéis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época.</p> <p>Declaro que todas as informações mencionadas nesse formulário neste formulário foram extraídas dos documentos e são de minha responsabilidade.</p> <p>Além disso, fui informado que se houver qualquer alteração nesta Declaração, a mesma deverá ser modificada junto ao Departamento de Recursos Humano.</p> <p>Por fim, fico ciente que através desse documento a falsidade das informações configura crime previsto no Código Penal Brasileiro e passível de apuração na forma da Lei.</p> <p>Nada mais a declarar, e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmo a presente.</p> <p>Data: ____ / ____ / ____.</p> <p>Assinatura: _____.</p>