

FICHA CADASTRAL – IMP. 900.02.01

1 - DADOS PESSOAIS

*NOME: _____

*ENDEREÇO: _____ *Nº _____

*COMPLEMENTO: _____ *BAIRRO _____

*CIDADE: _____ *UF _____ *CEP _____

*DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ DEFICIENTE FÍSICO: (S) ____ (N) ____ RAÇA/COR: _____

NATURAL: _____ U.F. ____ SEXO (M) (F) _____

MÃE: _____ NACIONALIDADE _____

PAI: _____ NACIONALIDADE _____

*FONE ____/____/____ *E-MAIL _____

ESTADO CIVIL _____ GRAU DE INSTRUÇÃO: - _____

NOME DO CÔNJUGE: _____

*FUNÇÃO: _____ *SALÁRIO: R\$ _____ *DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

2 – DOCUMENTOS

*CTPS: _____ *SÉRIE _____ *ESTADO: _____ *DATA DE EMISSÃO – ____/____/____

*PIS _____ *CADASTRADO EM: ____/____/____ *BANCO _____

*BANCO: _____ *AGÊNCIA _____ *C/C _____ CONTA SALARIO SIM [] OU NÃO []

*CPF: _____

*RG: _____ *DATA DE EMISSÃO ____/____/____ *ORG. EXP: _____ *UF _____

RESERVISTA _____ CATEGORIA RESERVISTA _____

TÍTULO DE ELEITOR _____ ZONA _____ SEÇÃO _____

CNH _____ CATEGORIA _____ VENCIMENTO ____/____/____ UF _____

3 - DEPENDENTES

NOME _____ PARENTESCO _____ DATA DE NASC. ____/____/____

CPF _____

NOME _____ PARENTESCO _____ DATA DE NASC. ____/____/____

CPF _____

NOME _____ PARENTESCO _____ DATA DE NASC. ____/____/____

CPF _____

*HORARIO DE TRABALHO: _____ INTERVALO: _____

*PEGA VALE TRANSPORTE? SIM [] OU NÃO [] – METRO / ÔNIBUS INTEGRAÇÃO [] - CPTM / ÔNIBUS INTEGRAÇÃO []
ÔNIBUS [] - METRO [] - CPTM [] – VALOR _____.

4- BENEFICIOS:

PLANO DE SAÚDE: SIM [] OU NÃO [] VALOR: _____.

VALE ALIMENTAÇÃO SIM [] OU NÃO [] VALOR: _____ VALE REFEIÇÃO: SIM [] OU NÃO [] VALOR: _____.

OUTROS BENEFICIOS: _____.

Contrato de Experiência: () 30 dias + 30 dias () 45 dias + 45 dias
() 90 dias () não vai fazer contrato de experiência