

## FICHA DE CADASTRO DE EMPREGADO

EMPRESA: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_

Nome do Candidato: \_\_\_\_\_  
End. Rua \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Sala/Aptº. \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Telefone Nº \_\_\_\_\_ Fax Nº \_\_\_\_\_ Telefone p/ Recado Nº \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local de Nasc.: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Carteira de Trabalho Nº \_\_\_\_\_ Serie: \_\_\_\_\_ CPF Nº \_\_\_\_\_  
Título Eleitoral Nº \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Cart. de Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Certif.de Reservista Nº \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_  
PIS Nº \_\_\_\_\_ Cadastro em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nome do Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ conta: \_\_\_\_\_ ( ) poupança ( ) corrente  
Grau de Instrução: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Nome do Cônjuge: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Tem Filhos Menores de 14 anos? \_\_\_\_\_ Quantos? \_\_\_\_\_ Favor anexar Cópias das Certidões

Nome: _____	CPF: _____	Data Nasc ____/____/____
Nome: _____	CPF: _____	Data Nasc ____/____/____
Nome: _____	CPF: _____	Data Nasc ____/____/____
Nome: _____	CPF: _____	Data Nasc ____/____/____

**DEPENDENTES DE IMPOSTO DE RENDA – Se houver, CPF do dependente é obrigatório.**

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

### OUTRAS INFORMAÇÕES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO CANDIDATO \_\_\_\_\_

### DADOS PARA ADMISSÃO: (A ser preenchido pelo Empregador)

Data de Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_  
Data do Exame Médico Admissional: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Apto: Sim? \_\_\_\_\_ Não? \_\_\_\_\_  
CBO Nº \_\_\_\_\_ Salário: R\$ \_\_\_\_\_ Por: \_\_\_\_\_  
Admissão por Contrato de Experiência? \_\_\_\_\_ Por período de 30, 60 ou 90 dias? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO EMPREGADOR OU RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_

