

PREENCHIMENTO DEVE SER FEITO PELO RESPONSÁVEL



Contabilidade

REQUISIÇÃO DE PESSOAL

EMPRESA:

**DADOS PESSOAIS**

<b>NOME COMPLETO:</b>		Estado civil:
Data nascimento:	Cart. Identidade:	Data de emissão:
Tit. Eleitor:	Zona Seção	Data de emissão:
CPF:	Cart. Habilitação:	Categoria:
CTPS:	Série:	Data emissão:
PIS:	Certificado de Reservista:	Categoria:
Escolaridade:	Naturalidade:	UF:
Primeiro Emprego: ( ) Sim ( ) Não		

**FILIAÇÃO**

Pai:

Mãe:

**DEPENDENTES**

Nomes	Sexo	Parentesco	Data Nascimento	Idade

**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Endereço: N° Bairro:

Cidade: UF: CEP:

Telefone para contato: Telefone para recado:

E-mail:

**DADOS BANCARIOS**

Banco

Agência Conta:

**SETOR DE TRABALHO**

Função: Salário: Adiantamento de Salario: ( ) Sim ( ) Não

Data admissão: Contrato Experiência: ( ) 30 ( ) 45 ( ) 90

Horário de Trabalho: Intervalo Horário no Sábado: Descanso:

de às de às de às

**BENEFICIOS**

	OPTANTE	QUANTIDADE	VALOR	LINHA
Vale Transporte	( ) Sim ( ) Não			
Vale Alim./Refeição	( ) Sim ( ) Não			

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ADMISSÃO**

<input type="checkbox"/> Atestado Admissional <input type="checkbox"/> CTPS <input type="checkbox"/> Carteira de Identidade (Cópia) <input type="checkbox"/> CPF (Cópia) <input type="checkbox"/> Cartão PIS/PASEP (Cópia) <input type="checkbox"/> Carteira Nacional de Habilitação (Cópia) <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento (Cópia) <input type="checkbox"/> Comprovante de Endereço (Cópia) <input type="checkbox"/> Comprovante de Escolaridade (Cópia)	<input type="checkbox"/> 01 Foto Colorida (3x4) Recente <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento dos Filhos menores entre 7 e 14 anos (documento essencial para pagamento de salário família) (Cópia) <input type="checkbox"/> Declaração de Matrícula Escolar para todos os filhos menores entre 7 e 14 anos (documento essencial para pagamento do salário família) (Cópia) <input type="checkbox"/> Cartão de vacinação dos filhos menores de 6 anos (Cópia)
---	---

- \* A falta de qualquer documento acima inviabiliza a contratação;
- \* Não devem, em nenhuma hipótese, serem enviados documentos originais, com exceção da CTPS;
- \* Checar se as cópias estão legíveis (n.º do PIS, CPF, CI, etc...).

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Responsável pela Contratação

**CLINICA PARA TIRAR ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL ADMISSIONAL E /OU DEMISSIONAL**

SATEVI - RUA CAETES, 930 - 3201-6865	SAMPRE - AV. PARANÁ, 514 - 3201-9774
AV. PEDRO I, 645 - 3427-2830	MEDPREV - AV. AMAZONAS, 491 SALA 708 - 3226-3988
CST MED TRAB. - RUA CURITIBA, 705 - 3271-1119	CLIN. VIDA NOVA - RUA SANTO ANTONIO, 197 VENDA NOVA - 3568-8222