

FICHA CADASTRAL DO COLABORADOR												
NOME DO COLABORADOR						Admissão			Data de Nascimento			
Nº do PIS		Nº d CPF			Nº CPTS			Série	Data de Emissão		UF	
Função			Nº do RG		Data de Expedição		UF	Estado Civil		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Escolaridade		Naturalidade	UF	Banco		Agência		Nº Conta		Tipo Poupança Corrente		
Endereço			Nº	Compl.					Bairro			
Cidade	CEP		UF	DDD	Telefone			DDD	Telefone			
Cart. Reservista		Categ.	Raça/Cor			Nº CNH		Cat.		Vencimento		
Nº do Título de eleitor		Zona	Seção		Nome Social				Algum tipo de deficiência			
Nome do Pai						Nacionalidade						
Nome da Mãe						Nacionalidade						
Email												

Dependentes				
Nome do Dependente		CPF	Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Parentesco</b>				
<input type="checkbox"/> Conjugue <input type="checkbox"/> Filho (a)				
Condições:				
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Universitário <input type="checkbox"/> Inválido (a) <input type="checkbox"/> Outros				
Nome do Dependente		CPF	Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Parentesco</b>				
<input type="checkbox"/> Conjugue <input type="checkbox"/> Filho (a)				
Condições:				
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Universitário <input type="checkbox"/> Inválido (a) <input type="checkbox"/> Outros				
Nome do Dependente		CPF	Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Parentesco</b>				
<input type="checkbox"/> Conjugue <input type="checkbox"/> Filho (a)				
Condições:				
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Universitário <input type="checkbox"/> Inválido (a) <input type="checkbox"/> Outros				
Nome do Dependente		CPF	Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Parentesco</b>				
<input type="checkbox"/> Conjugue <input type="checkbox"/> Filho (a)				
Condições:				
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Universitário <input type="checkbox"/> Inválido (a) <input type="checkbox"/> Outros				



## DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIO DE VALE-TRANSPORTE

- Opto pela utilização do vale-transporte
- Não opto pela utilização do vale-transporte

1. Os meios de transporte coletivo, público e regular que ao meu ver, são os mais adequados para o meu deslocamento:

De minha residência para o local de trabalho (ou estabelecimento):

Vale(s):  A  C  D  E  F  G  H  I  J  M  S

Do local de trabalho (ou estabelecimento) para minha residência:

Vale(s):  A  C  D  E  F  G  H  I  J  M  S

Comprometo-me a utilizar as informações acima sempre que ocorrerem alterações, a utilizar os vales-transportes que me forem concedidos exclusivamente no percurso indicado.

Estou ciente de que a declaração inexata que induza o empregador em erro ou uso indevido dos vales-transportes configura justa causa para rescisão do contrato de trabalho do ato impropriedade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Empregado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável e carimbo

Maracanaú, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Será obrigatória a apresentação do CPF dos dependentes.

### CHECK LIST

- RG
- CPF
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
- RESERVISTA
- TÍTULO DE ELEITOR / CERTIDÃO DE QUITAÇÃO
- CERTIDÃO DE CASAMENTO
- ESCOLARIDADE
- CERTIDÃO DE NASCIMENTO DOS FILHOS MENORES DE 14 ANOS

- CPF DOS DEPENDENTES
- EXAME MÉDICO ADMISSIONAL
- CERTIDÃO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS
- CARTEIRA DE TRABALHO
- PIS
- 01 FOTO 3X4
- CONTACORRENTE BANCO DO BRASIL

