**FICHA DE REGISTRO DE TRABALHADORES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME DA EMPRESA:** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEXO: | | | | | |  | | | | | | | | |
| COR: |  | | | | | | CABELOS: | | |  | | | | OLHOS: | | | |  | | | ALTURA: | | | | |  | | | | | | | | PESO: | | |  | |
| NATURALIDADE: | | | | | |  | | | | | DATA NASC.: | | | | | | | |  | | | ESTADO CIVIL: | | | | | | | | |  | | | | | | |
| NOME DO CONJUGE: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME DO PAI: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME DA MÃE: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENDEREÇO: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nº: | | | |  | | |
| COMPLEMENTO: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | BAIRRO: | | | | |  | | | | | | | | | |
| CIDADE: | | | |  | | | | | | | | ESTADO: | | | | |  | | | | | | | | | | | | CEP: | | | | | |  | | | |
| RESIDÊNCIA PRÓPRIA: | | | | | | | | | Sim:  Não: | | | | | | COMPRADA COM RECURSOS DO FGTS: | | | | | | | | | | | | | | | | | | Sim:  Não: | | | | | |
| FONE CELULAR: | | | | | |  | | | | | | | | | | FONE RESIDENCIAL: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| E-MAIL: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESCOLARIDADE: | | | | | |  | | | | | | | SITUAÇÃO: | | | | | | |  | | | | | (Anexar comprovante) | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DEPENDENTES** | | | |
| **NOME** | **PARENTESCO** | **DATA NASC.** | **CPF** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTOS PESSOAIS** | | | | | |
| **CARTEIRA DE TRABALHO:** | Nº | SÉRIE: | | UF EMISSOR: | DATA EMISSÃO: |
| **DOC. IDENTIFICAÇÃO:** | Nº | ÓRGÃO EMISSOR: | | UF EMISSOR: | DATA EMISSÃO: |
| **TÍTULO DE ELEITOR:** | Nº | ZONA/SEÇÃO: | | CIDADE/UF: | DATA EMISSÃO: |
| **CERT. RESERVISTA:** | Nº | SÉRIE: | | CATEGORIA: | DATA EMISSÃO: |
| **CPF:** | Nº | | Anexar certidão de regularidade do CPF | | |
| **PIS:** | Nº | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO TRABALHADOR** | | | | | |
| Trabalhador em processo de Seguro Desemprego: | | | Sim:  Não: | | |
| Múltiplos Vínculos Trabalhistas: | | | Sim:  Não: | | |
| Houve alteração no nome do Trabalhador por motivos de enlace matrimonial ou divórcio: | | | | | Sim: Não: |
| Portador de deficiência: | Sim:  Não: | Se sim, qual tipo | | (anexar laudo médico) | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCUMENTOS PESSOAIS PARA TRABALHADOR ESTRANGEIRO** | |
| Data da chegada do trabalhador ao Brasil, em caso de estrangeiro: |  |
| Data de naturalização brasileira em caso de estrangeiro naturalizado: |  |
| Condição de casado com brasileiros em caso de trabalhador estrangeiro: | Sim: Não: |
| Se o trabalhador estrangeiro tem filhos com brasileiro: | Sim: Não: |

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que as informações constantes desse formulário são fiéis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época. Declaro que todas as informações mencionadas nesse formulário foram extraídas dos documentos da minha inteira responsabilidade. Além disso, fui informado que se houver qualquer alteração nesta Declaração, a mesma deverá ser modificada junto ao Departamento de Recursos Humanos. 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. Nada mais a declarar, e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmo a presente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Trabalhador**

**USO EXCLUSIVO DA EMPRESA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DADOS PARA ADMISSÃO** | | | |
| DATA: |  | SALÁRIO FIXO: (R$) |  |
| CARGO: |  | | |
| DESCRIÇÃO DA FUNÇÃO DESEMPENHADA: | | | |
| Contrato de experiência de       dias, que a critério da empresa, poderá ser prorrogado por mais       dias. Não podendo exceder o limite de 90 dias. | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **OUTRAS INFORMAÇÕES** | | | | |
| DESCONTA VALE TRANSPORTE: | Sim: Não: | LOCAL DE TRABALHO: | |  |
| JORNADA SEMANAL: | 36 horas  44 horas  Outros | | | |
| Horário:       às       com       horas de refeição | | | Sábado:       às | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Responsável**

**Observações: AO CONTRATAR O TRABALHADOR (A), A EMPRESA DEVERÁ PROVIDENCIAR O ATESTADO MÉDICO ADMISSIONAL.**

\* Todos os campos são de suma importância, portanto nenhum dos mesmos deverá ficar sem informação.

\* Caso o trabalhador não esteja em posse do seu número de PIS, o mesmo deverá ser instruído para se dirigir a uma agência da Caixa Econômica Federal.

\* A Ficha de Registro deverá ser preenchida com **letra legível e sem abreviaturas.**