



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

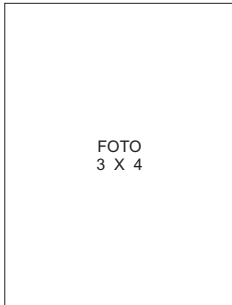
REGISTRO DE EMPREGADO

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____ CIC: _____

IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____ LOCAL: _____



NÚMERO DE ORDEM:

COR: _____ CABELO: _____

BARBA: _____ BIGODE: _____

OLHOS: _____

ALTURA: _____ PESO: _____

AUTENTICAÇÃO

ESTADO CIVIL: _____ NACIONALIDADE: _____ GRAU DE INSTRUÇÃO: _____

DATA DA ADMISSÃO: _____ FUNÇÃO DE: _____ FILIADO AO SINDICATO: _____

ADMITIDO NA FUNÇÃO DE: _____ CÓDIGO CBO: _____ FILIAÇÃO: _____

SALÁRIO R\$: _____ FORMA DE PAGAMENTO: _____ NOME DO PAI: _____ NACIONALIDADE: _____

HORÁRIO DE TRABALHO: _____ HORAS PARA REFEIÇÃO - DESCANSO: _____ NOME DA MÃE: _____ NACIONALIDADE: _____

DAS _____ ÀS _____ COM INTERVALO DE _____ HS _____ BENEFICIÁRIOS: _____

DOCUMENTOS

CARTEIRA PROFISSIONAL: _____ SÉRIE: _____ CARTEIRA DE MENOR Nº: _____ SÉRIE: _____ CARTEIRA TRABALHADOR RURAL Nº: _____ SÉRIE: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ PREVIDÊNCIA SOCIAL: _____

CERTIFICADO RESERVISTA Nº: _____ CATEGORIA: _____ ESPÉCIE: _____ TÍTULO DE ELEITOR: _____ ZONA: _____ CARTEIRA DE HABILITAÇÃO Nº: _____

PROFISSIONAL _____ AMADOR _____

QUANDO ESTRANGEIRO

CARTEIRA MODELO 19 Nº: _____ REGISTRO GERAL Nº: _____ CASADO COM BRASILEIRA? _____ NOME DO CONJUGE: _____

TEM FILHOS BRASILEIROS? _____ QUANTOS? _____ DATA DE CHEGADA AO BRASIL: _____ NATURALIZADO: _____ DECRETO Nº: _____

FGTS

OPÇÃO EM: _____ DATA DA RETRATAÇÃO: _____

PIS - PASEP

CADASTRADO EM: _____ SOB Nº: _____

CONTA VINCULADA NO BANCO: _____ BANCO: _____ CÓDIGO AGÊNCIA: _____

ENDEREÇO BANCO: _____

RECISÃO

DATA DA SAÍDA: _____ Nº DA HOMOLOGAÇÃO: _____

ÓRGÃO ONDE FOI FEITA A HOMOLOGAÇÃO: _____

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA NA OCASIÃO DA ADMISSÃO

ASSINATURA EMPREGADO: _____

RECBEI OS SEGUINTES DOCUMENTOS QUE ME PERTENCEM

ASSINATURA EMPREGADO / DATA: _____

ACIDENTES DO TRABALHO OU DOENÇAS PROFISSIONAIS

ACIDENTE DOENÇA			RECEBEU ALTA			ACIDENTE / DOENÇA			RECEBEU ALTA			ACIDENTE / DOENÇA			RECEBEU ALTA		
DIA	MÊS	ANO	DIA	MÊS	ANO	DIA	MÊS	ANO	DIA	MÊS	ANO	DIA	MÊS	ANO	DIA	MÊS	ANO

ALTERAÇÕES DE CARGOS E SALÁRIOS

DATA	CARGO OU FUNÇÃO	SALÁRIO	ASSINATURA DO EMPREGADO

CONTRIBUIÇÃO SINDICAL

GUIA Nº	DATA DA GUIA	R\$	NOME DO SINDICATO

FÉRIAS CONCEDIDAS

REFERENTE AO PERÍODO DE			A		
DIA	MÊS	ANO	DIA	MÊS	ANO

FÉRIAS DESCANSO

INÍCIO DAS FÉRIAS			TÉRMINO DAS FÉRIAS		
DIA	MÊS	ANO	DIA	MÊS	ANO

ABONO PECUNIÁRIO

REQUERIDO			VALOR EM R\$
DIA	MÊS	ANO	