Prezado cliente,

Solicitamos preencher **TODOS** os campos abaixo e anexar junto a este documento à cópia dos documentos solicitados.

**A admissão não será efetuada caso não tenha todas as informações solicitadas!**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS PARA ADMISSÃO** | | | | | | | | |
| **NOME DA EMPRESA CONTRATANTE** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **NOME DO EMPREGADO** | | | | | | **TELEFONES PARA CONTATO** | | |
|  | | | | | |  | | |
| **ESTADO CIVIL** | | **NOME DO CÔNJUGE (QUANDO HOUVER)** | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |
| **FUNÇÃO/CARGO** | | | **DEPARTAMENTO/**  **CENTRO DE CUSTO** | **DATA ADMISSÃO** | | | **SALÁRIO** | |
|  | | |  |  | | |  | |
| **ADIANTAMENTO** | **HORÁRIO DE TRABALHO** | | | | **VALE TRANSPORTE** | | | **CONTRATO DE EXPERIÊNCIA** |
| **( )SIM ( ) NÃO**  **Percentual: \_\_\_\_\_%** | **2ª a 6ª \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sab \_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Intervalo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | **( )SIM ( ) NÃO** | | |  |
| **OUTRAS INFORMAÇÕES: (EX.: DESCONTOS DE PLANO DE SAÚDE; REFEIÇÃO...).** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

**Anexar junto a este formulário à cópia dos documentos originais do funcionário:**

**( ) 1 Foto 3x4\* ( ) PIS\***

**( ) Carteira de Trabalho \* ( ) CPF\***

**( ) Carteira de Identidade \*** ( ) Certificado de Reservista

**( ) Título de Eleitor \*** ( ) Cartão de vacina filhos menores de 6 anos

**( ) Comprovante de residência \*** ( ) Declaração escolar filhos maiores 6 anos

( ) Carteira de Habilitação ( ) Certidão de casamento

**( ) Certidão de nascimento e CPF de filhos \***

**( ) Exame médico admissional (com a data da admissão) \***

**Responsável pela admissão do funcionário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(nome legível)**

Atenciosamente,

Abra Contábil Ltda.

Dep. Pessoal