



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

REGISTRO DE EMPREGADO

Nº DE ORDEM:

AUTENTICAÇÃO

FOTO 3 X 4

NOME:

ENDEREÇO:

TELEFONE: CPF: RG: U.F.R.G.: ÓRGÃO EMISSOR:

IDADE: DATA DE NASCIMENTO: LOCAL: ESTADO CIVIL: NACIONALIDADE: GRAU DE INSTRUÇÃO:

DATA DA ADMISSÃO: FUNÇÃO DE: FILIAÇÃO: NOME DO PAI:

ADMITIDO NA FUNÇÃO DE: CÓDIGO CBO: NOME DA MÃE:

SALÁRIO R\$: FORMA DE PAGAMENTO: BENEFICIÁRIOS:

HORÁRIO DE TRABALHO: DAS ÀS COM INTERVALO DE HS HORAS PARA REFEIÇÃO - DESCANSO

DOCUMENTOS DE TRABALHO CTPS: SÉRIE: ETNIA: SÉRIE: CARTEIRA TRABALHADOR RURAL Nº: SÉRIE: ÓRGÃO EMISSOR: PREVIDÊNCIA SOCIAL: INSS

CERTIFICADO RESERVISTA Nº: CATEGORIA: ESPÉCIE: TÍTULO DE ELEITOR: ZONA: SEÇÃO: 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: RESCISÃO DATA DA SAÍDA: Nº DA HOMOLOGAÇÃO:

CONTA VINCULADA NO BANCO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL BANCO: CÓDIGO AGÊNCIA: ÓRGÃO ONDE FOI FEITA A HOMOLOGAÇÃO: ENDEREÇO BANCO:

SECRETARIA: CENTRO DE CUSTO: ASSINATURA NA OCASIÃO DA ADMISSÃO ASSINATURA EMPREGADO:

RECEBI OS SEGUINTES DOCUMENTOS QUE ME PERTENCEM ASSINATURA EMPREGADO / DATA:

POLEGAR DIREITO

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	GUIA Nº	DATA DA GUIA	R\$	NOME DO SINDICATO

CONTRIBUIÇÃO SINDICAL

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	