**FORMULÁRIO DE ADMISSÃO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Empresa: | Alocação: | Gestor: | Data de prevista para admissão: |

Cargo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dados Pessoais:**

Nome Completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome da Mãe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome do Pai:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M( ) Cor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grau de Instrução: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_ País:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF:\_\_\_\_ Município:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail pessoal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dependentes e dados do cônjuge:**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Parentesco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Nascimento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )Dep. IR

CPF Dependente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da Mãe do dependente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Desconto de Pensão Alimentícia: Sim ( ) Não ( )

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Parentesco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Nascimento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )Dep. IR

CPF Dependente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da Mãe do dependente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Desconto de Pensão Alimentícia: Sim ( ) Não ( )

**Documentos:**

CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PIS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CTPS. Número: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Serie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF:\_\_\_\_\_\_ Data Emissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_ Título de eleitor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_\_ Seção\_\_\_\_\_\_ Cerificado de Reservista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Para Estrangeiros:**

RNE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_

Data de Validade da CTPS: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Data de Chegada no Brasil: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de Visto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Validade do Visto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dados da Conta banco Itaú:**

Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dados da admissão:**

Tipo de contrato: CLT ( ) Estagiário ( ) 1ª Emprego: Sim ( ) Não ( ) Optante da contribuição sindical: Sim ( ) Não ( )

**Última contratação anterior a Qintess:**

Data de admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Data de desligamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**Benefícios:**

Optante pelo vale transporte: Sim ( ) Não ( )

Deseja incluir dependentes no Plano de saúde: Sim ( ) Não ( )

Deseja incluir dependentes no Plano odontológico: Sim ( ) Não ( )

**Dados da Vaga (campo de preenchimento exclusivo da Qintess):**

Data de admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Salário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Jornada: 36 horas semanais ( ) 40 horas semanais ( ) Outra jornada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Horário de entrada: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Horário de saída: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Data do Ex. Admissional: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Adicional de Periculosidade: Sim ( ) Não ( )

**Portador de Necessidades Especiais:** Sim ( ) Não ( )

( )Física ( )Auditiva ( )Visual ( )Mental ( )Intelectual ( )Reabilitado

Local e Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.