

CADASTRO DE EMPREGADO

NOME DO EMPREGADO:
LETRA MAIÚSCULA SEM ABREVIACOES

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Data Nascimento:

Cidade:

Estado:

Estado Civil: Casado Desquitado Divorciado Solteiro Outros _____

Pessoa com deficiência / PCD : Sim Não Física Auditiva Visual Mental Múltipla Reabilitado

| Grau de parentesco | Nome dos dependentes | Data Nascimento | Dependente para Imposto de Renda | |
|--------------------|----------------------|-----------------|----------------------------------|------------------------------|
| Esposo(a): | | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Filho(a): | | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Filho(a): | | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Filho(a): | | ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

Outros dependentes para fins de Imposto de Renda:

| Nome | Grau de parentesco | Data de nascimento |
|------|--------------------|--------------------|
| | | ____/____/____ |
| | | ____/____/____ |
| | | ____/____/____ |

Endereço: _____ Nº _____ Compl.: _____ CEP: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
 Telefone de Contato: _____ Celular: _____

CTPS Nº: _____ Série: _____ Data da emissão: _____ CPF: _____

RG Nº: _____ Órgão emissor: _____ Estado: _____

Nº PIS / PASEP: _____ Carteira de Reservista nº: _____

Título de Eleitor: _____ Zona: _____ Seção: _____

E-mail: _____

É o primeiro emprego com carteira assinada? Sim Não

Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____

Tamanho de uniforme: P M G GG XGG

Escolaridade: Ensino fundamental Incompleto Ensino fundamental Completo Ensino médio Incompleto
 Ensino médio Completo Superior Incompleto Superior Completo
 Pós Graduação Completa Pós Graduação Incompleta Pós Graduação cursando
 Mestrado Completo Mestrado Incompleto Mestrado cursando
 Doutorado Completo Doutorado Incompleto Doutorado cursando

Já trabalhou no Instituto Acqua anteriormente? Não Sim. Data da rescisão: ____/____/____ (indicar mês e ano)

CRM: _____ COREN: _____ OUTRO: _____

Vale Transporte: Sim Não

Em caso de acidente avisar: _____ Fone: _____

Assinatura do funcionário

Data

PREENCHIMENTO DO INSTITUTO ACQUA

Plano: _____ Centro de Custo (Local de Trabalho): _____
 Data de Admissão: _____ Agência Bco Brasil: _____ Conta Corrente: _____
 Função: _____
 Salário R\$ _____ Vale Alimentação Cesta básica Nada
 Carga Horária: _____ Horário: _____

Vaga em substituição

Nova vaga

Assinatura da área contratante

Assinatura do Gerente do Escritório

| | |
|-----------------------------|---------------------|
| NOME DO FUNCIONARIO: | |
| Local de Trabalho: | |
| CPF: | Data de Nascimento: |
| Telefone de Contato: | Celular: |

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OPÇÃO DE VALE TRANSPORTE: () SIM () Não opto por vale transporte |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|

São Luís, _____ / _____ / _____

Assinatura do Empregado

Instituto Acqua

Caso tenha optado por receber Vale Transporte, favor preencher os campos abaixo.

| | | | |
|------------------------------|-------------------|------------------------------|-------------------|
| Endereço: | | Nº | Compl.: |
| Bairro: | Cidade: | CEP: | Estado: |
| RESIDENCIA / TRABALHO | | TRABALHO / RESIDÊNCIA | |
| NOME DO BAIRRO | VALOR DA PASSAGEM | NOME DO BAIRRO | VALOR DA PASSAGEM |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

TERMO DE COMPROMISSO E AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO

Comprometo-me a atualizar as informações dia anverso, anualmente ou sempre que ocorrerem alterações, e a utilizar os vales- transportes que me forem concedidos exclusivamente no percurso residência-trabalho e vice-versa. Estou ciente de que, na hipótese de infringir tal compromisso, a empresa poderá dispensar-me por justa causa, nos termos do Art. 7, parágrafo 3º, do decreto 95.247/87. Autorizo a empresa a descontar mensalmente de meus vencimentos, até o limite de 6% (seis por cento) do meu salário, o valor destinado a cobrir ofornecimento de vales-transportes por mim utilizados.

São Luís, _____ / _____ / _____

Assinatura do Empregado

Instituto Acqua

1 - DADOS OPERACIONAIS

2 - IDENTIFICAÇÃO

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

34 - DADOS DO PROFISSIONAL

CADASTRAMENTO

SUS

NÃO SUS

34.1 - Dados de Identificação

34.1.1 - Nome do Profissional

34.1.2 - PIS/PASEP

34.1.3 - CPF

34.1.4 - Número CNS

34.1.5 - Sexo

M F

34.1.6 - Nome da Mãe

34.1.7 - Nome do Pai

34.1.8 - Data do Nascimento do Profissional

34.1.9 - Município de Nascimento

34.1.10 - Código IBGE do Município

34.1.11 - UF

34.1.12 - Raça/Cor

34.1.13 - Certidão/Tipo

34.1.14 - Nome do Cartório

34.1.15 - Livro

34.1.16 - Fls

34.1.17 - Termo

34.1.18 - Data de Emissão

34.1.19 - N° Identidade

34.1.20 - UF

34.1.21 - Órgão Emissor

34.1.22 - Data de Emissão

34.1.23 - Nacionalidade

Brasileiro
 Estrangeiro

34.1.24 - País de origem (nascimento)

34.1.25 - Data de Entrada

34.1.26 - Data de Naturalização

34.1.27 - N° da Portaria

34.1.28 - N° Título de Eleitor

34.1.29 - Zona

34.1.30 - Seção

34.1.31 - CTPS Número

34.1.32 - Série

34.1.33 - UF

34.1.34 - Data de Emissão

34.1.35 - Escolaridade *

34.1.36 - Sit. Familiar/Conjugal

34.1.37 - Frequenta Escola?

Sim Não

34.2 - Dados Residenciais

34.2.1 - Tipo Logradouro

34.2.2 - Logradouro

34.2.3 - Número

34.2.4 - Complemento

34.2.5 - Bairro/Distrito

34.2.6 - Município de Residência

34.2.7 - Código IBGE do Município

34.2.8 - UF

34.2.9 - CEP *

34.2.10 - Telefone

34.3 - Dados Bancários

34.3.1 - Banco

34.3.2 - Agência

34.3.3 - Conta Corrente

Código Nome

Código Nome

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Profissional

Data

1 - DADOS OPERACIONAIS

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

Nome do Profissional

34 - DADOS DO PROFISSIONAL - Continuação

34.4 - Vínculos

34.4.1 - Registro no Conselho de Classe

34.4.2 - Órgão Emissor

34.4.3 - Atendimento ao SUS

SIM NÃO

- Vínculo

Cód.

Vinculação

Cód.

Tipo

Cód.

Sub-Tipo

34.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código

Descrição

34.4.6 - Carga Horária Semanal

Ambulatorial Hospitalar Outros

34.4.7 - Data de Entrada

34.4.8 - Data de Desligamento

34.4.9 - Motivo do Desligamento

Cód. Descrição

34.4 - Vínculos

34.4.1 - Registro no Conselho de Classe

34.4.2 - Órgão Emissor

34.4.3 - Atendimento ao SUS

SIM NÃO

34.4.4 - Vínculo

Cód.

Vinculação

Cód.

Tipo

Cód.

Sub-Tipo

34.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código

Descrição

34.4.6 - Carga Horária Semanal

Ambulatorial Hospitalar Outros

34.4.7 - Data de Entrada

34.4.8 - Data de Desligamento

34.4.9 - Motivo do Desligamento

Cód. Descrição

34.4 - Vínculos

34.4.1 - Registro no Conselho de Classe

34.4.2 - Órgão Emissor

34.4.3 - Atendimento ao SUS

SIM NÃO

34.4.4 - Vínculo

Cód.

Vinculação

Cód.

Tipo

Cód.

Sub-Tipo

34.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código

Descrição

34.4.6 - Carga Horária Semanal

Ambulatorial Hospitalar Outros

34.4.7 - Data de Entrada

34.4.8 - Data de Desligamento

34.4.9 - Motivo do Desligamento

Cód. Descrição

* Preencher com o nome do profissional informado na ficha 17

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Profissional

Data