

FICHA DE ADMISSÃO

(Favor preencher em letra de forma e legível)

Data de Admissão: ____/____/____ **CPF:** _____

Nome: _____

Nome Social: _____

Endereço: _____

Nº: _____ Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

Cep: _____ Celular: _____

E-Mail: _____

Informações Cadastrais Complementares:

1. Sexo: () Masculino () Feminino

Deseja informar identidade de gênero: () Sim () Não

Se Sim, qual? () Homem Transexual () Mulher Transexual () Travesti () Outro

2. Cor/Raça: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

3. Estado Civil: () Casado () Solteiro () Divorciado () Separado () Viúvo

() União Estável () Outros

4. Pessoa com Deficiência: () Sim () Não

Tipo: () Auditiva () Visual () Física () Intelectual/Cognitiva () Outra

Homologado: () Sim () Não **Precisa de ambiente adaptado:** () Sim () Não

Tipo: _____

5. Dependentes para Imposto de Renda:

Nome: _____

Grau de Parentesco: _____ CPF: _____

Nome: _____

Grau de Parentesco: _____ CPF: _____

Nome: _____

Grau de Parentesco: _____ CPF: _____

Nome: _____

Grau de Parentesco: _____ CPF: _____

Nome: _____

Grau de Parentesco: _____ CPF: _____

6. Possui outro vínculo celetista: () Sim () Não

Empresa: _____

Entregou Declaração de Prevalência de desconto do INSS? () Sim () Não

7. Opção de Vale Transporte: () Sim () Não

IDA AO TRABALHO

Meio de transporte	Tipo de Vale	Qtidade
_____	_____	_____
_____	_____	_____

VOLTA PARA CASA

Meio de transporte	Tipo de Vale	Qtidade
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Declaro a veracidade das informações acima prestadas.

Fortaleza ___/___/___

Assinatura Candidato

CONTROLE ENTREGA DOCUMENTOS: (A ser preenchido pela FUNSAUDE)

Ação	Data	Visto Funsaúde	Visto Candidato
Documentação Recebida			
Entrega Carta Abertura Conta Salário			
Documentação Validada			
Encaminhamento Exames Médicos			
Documentação Escaneada			

DADOS PARA ADMISSÃO: (A ser preenchido pela FUNSAUDE)

Data de Admissão: ___/___/___ Unidade: _____

Função: _____ CBO: _____

Lotação: _____

Salário: _____

Horário/Escala de Trabalho: _____

Conclusão Aso Admissional: ___/___/___ () Apto () Inapto

Incidência de Agentes Nocivos: () Sim () Não

Insalubridade: () Sim () Não

Periculosidade: () Sim () Não

Aposentadoria Especial: () Sim () Não () 15 anos () 20 anos () 25 anos

Data Integração: ____/____/____

Obs: _____

