

## DADOS PESSOAIS

| Campo              | Informação                                                |
|--------------------|-----------------------------------------------------------|
| Nome Completo      |                                                           |
| Endereço           |                                                           |
| Nº                 |                                                           |
| Complemento        |                                                           |
| CEP                |                                                           |
| Bairro             |                                                           |
| Cidade             |                                                           |
| Telefone           |                                                           |
| Celular            |                                                           |
| Nome do Pai        |                                                           |
| Nome da Mãe        |                                                           |
| Naturalidade       |                                                           |
| UF                 |                                                           |
| Data de Nascimento | __ / __ / ____                                            |
| Deficiência Física | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

## CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

| Campo             | Opções                                                                                                                                                                  |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Raça/Cor          | <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela                                          |
| Sexo              | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino                                                                                                    |
| Estado Civil      | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Outros |
| Grau de Instrução |                                                                                                                                                                         |

## DEPENDENTES

|                     |                                                           |
|---------------------|-----------------------------------------------------------|
| Possui Dependentes? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Nome Completo       | Data de Nascimento                                        |
|                     |                                                           |
|                     |                                                           |

## DOCUMENTOS

| Campo             | Informação     |
|-------------------|----------------|
| RG                |                |
| Data Expedição RG | __ / __ / ____ |
| CPF               |                |
| Título de Eleitor |                |
| Zona              |                |
| Seção             |                |

## JORNADA DE TRABALHO

| Dia             | Entrada | Saída | Intervalo                                         |
|-----------------|---------|-------|---------------------------------------------------|
| Segunda a Sexta |         |       | Das _____ às _____                                |
| Sábado          |         |       | <input type="checkbox"/> Não trabalha aos sábados |

## DADOS CONTRATUAIS

| Campo                            | Informação     |
|----------------------------------|----------------|
| Cargo                            |                |
| Salário (R\$)                    |                |
| Data de Admissão                 | __ / __ / ____ |
| Data do Exame Médico Admissional | __ / __ / ____ |

## DADOS CONTRATUAIS

| Campo                           | Informação |
|---------------------------------|------------|
| PIX para recebimento de salário |            |
| Banco                           |            |

## CHECKLIST DE DOCUMENTOS

| Documento                                          | Entregue                 |
|----------------------------------------------------|--------------------------|
| Exame Médico Admissional                           | <input type="checkbox"/> |
| Identidade                                         | <input type="checkbox"/> |
| Certidão de Casamento (se houver)                  | <input type="checkbox"/> |
| Certidão de Nascimento (filhos menores de 14 anos) | <input type="checkbox"/> |
| Título de Eleitor                                  | <input type="checkbox"/> |
| Carteira de Trabalho                               | <input type="checkbox"/> |