

AUTORIZAÇÃO PARA ADMISSÃO DE EMPREGADO

Empresa:		() Matriz () Filial
Tipo Vínculo: () Empregado () Estagiário () Menor Aprendiz () Jovem Aprendiz		
Nome completo:		
Contato: DDD () Telefone fixo:	Celular:	E-mail:
Estado Civil: () Solteiro/a () Casado/a () Divorciado/a () Separado/a () Viúvo/a () Outros		
Nome do Cônjuge:	CPF:	Dep. IR. () Sim () Não
Grau de Instrução: () Analfabeto () Até 5ª Série () 5ª Série Comp. () 6ª a 9ª Série Inc. () Ens. Fund. Comp. () Ens. Médio Inc. () Ens. Méd. Comp. () Ens. Sup. Inc. () Ens. Sup. Comp. () Pós-Grad. Comp. () Mestrado Comp.		
Deficiente? () Sim () Não Tipo deficiência: () Física () Visual () Auditiva () Mental () Intelectual () Reabilitado		
Aposentado? () Sim () Não		
Data de admissão:	Experiência: () 30 () 30+60 () 45+45	
Departamento:	Função:	Salário:
Vale transporte: () Sim () Não	Tarifa diária:	() Trem () Ônibus () Metrô () Barca ()
() Vale Refeição () Vale Alimentação	() Ass. Médica	() Ass. Odontológica
Horário de Trabalho:	Dias da semana:	
Banco:	Tipo de conta:	
Agência:	Número da Conta:	

Dependentes

Nome:			
Sexo: () Masc () Fem		Parentesco:	
CPF:	Data de Nascimento:	Nacionalidade:	
Deficiente? () Sim () Não	Dependente IR? () Sim () Não	Universitário? () Sim () Não	Salário Família? () Sim () Não

Nome:			
Sexo: () Masc () Fem		Parentesco:	
CPF:	Data de Nascimento:	Nacionalidade:	
Deficiente? () Sim () Não	Dependente IR? () Sim () Não	Universitário? () Sim () Não	Salário Família? () Sim () Não

Nome:			
Sexo: () Masc () Fem		Parentesco:	
CPF:	Data de Nascimento:	Nacionalidade:	
Deficiente? () Sim () Não	Dependente IR? () Sim () Não	Universitário? () Sim () Não	Salário Família? () Sim () Não

ANEXAR OS DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA O eSOCIAL

01)-Foto 3x4; 2)-Identidade; 3)-CPF; 4)-Título de Eleitor; 5)-PIS; 6)-Certificado de Reservista; 7)-Certidão de Nascimento ou Casamento; 8)-Comprovante de Residência; 9)-Comprovante de Escolaridade; 10)-CTPS; 11)-Certidão de Nascimento (filhos menores de 14 anos); 12)-Caderneta de Vacinação (filhos até 06 anos); 13)-Declaração Escolar (filhos de 07 a 14 anos); 14)-CPF de todos os dependentes; 15)-Atestado Médico Admissional; 16)-Para a função de Motorista: CNH e Exame Toxicológico.

DECLARAÇÃO DO EMPREGADOR

Declaro para os devidos fins que as informações constantes desse formulário são verdadeiras e que se houver qualquer alteração nos dados ou documentos acima, a mesma deverá ser notificada ao Departamento Pessoal do Grupo Lider.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Assinatura do Sócio Administrador da Empresa