

FICHA DE REGISTRO

REGISTRO Nº: 390-0004

DADOS DO EMPREGADOR

Razão Social / Nome CLUBE DE AUTOCURA POUSADA E SPA LTDA	CNPJ / CEI 17114222000138	
Endereço / Complemento R DAS ACACIAS, 510 -		
Bairro DO MORRO GRANDE	Município / UF EXTREMA / MG	Cep 37640-000

DADOS DO EMPREGADO

Nome MARIA APARECIDA DOS SANTOS	Nascimento 10/09/1974	Telefone	Município de Nascimento / UF Esperanca/Pb
Endereço / Complemento / Bairro RUA DA ACACIAS, 510 - VILA RICA	Município / UF EXTREMA / MG	Cep 37640-000	

Beneficiários

Nome da Mãe HELENA DOS SANTOS	Nome do Pai SEVERINO MACEIO DOS SANTOS			
Nacionalidade 10-Brasileiro	Estado Civil 1 - Solteiro	R.G. 394093185 SSP SP	Grau de Instrução 7 - 2º Grau Completo	C.B.O. 5133-15
C.P.F. 285.953.478-40	CTPS (Número / Série / UF) 02859534-7840/	Título Eleitoral 021510381252	Zona 352	Seção 0357
Habilitação	Categoria	Documentação Militar		
Cargo / Função CAMAREIRA	Admissão 01/12/2021	Salário (R\$) 1.500,00	Tipo de Pagamento 1-Mensalista	Hora Mês 220.00

FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO - F.G.T.S.

Data de Opção 01/12/2021	Banco Depositário 104 - Caixa Econômica Federal	Número da Conta 0
-----------------------------	--	----------------------

Horário de Trabalho

HORÁRIO :Entrada 08:00 Saída 17:00 Intervalo das 12:00 as 13:00
 AOS SÁBADOS :Entrada 08:00 Saída 17:00 Intervalo das 12:00 as 13:00
 DESCANSO SEMANAL :Terça-Feira

PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL - P.I.S.

Número do P.I.S. 12792272777	Banco Depositário 104 - Caixa Econômica Federal	Número da Conta 0
---------------------------------	--	----------------------

QUANDO ESTRANGEIRO

Reg. Estrangeiro	Casado com Brasileiro	Data de Saída	Homologação Número
Nome do Cônjuge	Tipo de Desligamento 00		
Data Chegada ao Brasil	Número de Filhos Brasileiros	Local da Homologação	
Naturalizado?	Decreto Número		
Visto	Vencimento		

Observações

Assinatura do Empregado na Admissão / Data	Carimbo e Assinatura do Empregador / Data
--	---

ALTERAÇÃO DE SALÁRIO **(HORA - DIA - MÊS)**

DATA	ALTERAÇÃO DE CARGO	DATA	ALTERAÇÃO DE CARGO

CONTRIBUIÇÃO SINDICAL			ACIDENTES OU DOENÇAS PROFISSIONAIS
VALOR	DATA	SINDICATO	

FÉRIAS CONCEDIDAS

Observações: _____

Recebi os seguintes documentos que me pertencem :

Data da Demissão: _____ de _____ de _____

Assinatura: _____