

FICHA DE REGISTRO				REGISTRO Nº: 390-0005	
DADOS DO EMPREGADOR					
Razão Social / Nome			CNPJ / CEI		
CLUBE DE AUTOCURA POUSADA E SPA LTDA			17114222000138		
Endereço / Complemento					
R DAS ACACIAS, 510 -					
Bairro		Município / UF		Cep	
DO MORRO GRANDE		EXTREMA / MG		37640-000	
DADOS DO EMPREGADO					
Nome		Nascimento	Telefone		Município de Nascimento / UF
JULIA GRACIELA KIS		07/10/1980	(35) 3433-1039		Itajuba/Mg
Endereço / Complemento / Bairro			Município / UF		Cep
DAS ACACIAS, 888 - VILA RICA			EXTREMA / MG		37640-000
Beneficiários					
PIETRA LUNA KIS RIBEIRO - Filha					
Nome da Mãe			Nome do Pai		
MARIA APARECIDA KIS			STEFAN KIS		
Nacionalidade	Estado Civil	R.G.	Grau de Instrução	C.B.O.	
10-Brasileiro	2 - Casado	12953909 SSP SP	7 - 2º Grau Completo	2521-05	
C.P.F.	CTPS (Número / Série / UF)	Título Eleitoral	Zona	Seção	
045.398.376-64	00453983-7664/MG	14386002205	59	82	
Habilitação	Categoria	Documentação Militar			
Cargo / Função	Admissão	Salário (R\$)	Tipo de Pagamento	Hora Mês	
ANALISTA ADMINISTRATIVO	14/12/2021	1.500,00	1-Mensalista	220.00	
FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO - F.G.T.S.					
Data de Opção	Banco Depositário				Número da Conta
14/12/2021	104 - Caixa Econômica Federal				0
Horário de Trabalho					
HORÁRIO :Entrada 08:00 Saída 18:00 Intervalo das 12:00 as 13:00					
AOS SÁBADOS :					
DESCANSO SEMANAL :Domingo / Sábado					
PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL - P.I.S.					
Número do P.I.S.	Banco Depositário	Número da Conta			
12995975349	104 - Caixa Econômica Federal	0			
QUANDO ESTRANGEIRO			RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO		
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: _____