

FICHA DE REGISTRO				REGISTRO Nº: 390-0006	
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
MAISA MOLINA DE SOUZA		17/07/1999			Monte Belo/Mg
Endereço / Complemento / Bairro			Município / UF		Cep
JOSE FRANKLIN VIEIRA DA SILVA, 24 - CA A - VILA RICA			EXTREMA / MG		37640-000
Beneficiários					
Nome da Mãe			Nome do Pai		
ELIANE MOLINA			CLAUDINEI DE SOUZA		
Nacionalidade		Estado Civil	R.G.	Grau de Instrução	C.B.O.
10-Brasileiro		1 - Solteiro	37689706X SSP SP	7 - 2º Grau Completo	5133-15
C.P.F.		CTPS (Número / Série / UF)	Título Eleitoral	Zona	Seção
142.146.236-22		05680384-0040/MG			
Habilitação		Categoria	Documentação Militar		
Cargo / Função		Admissão	Salário (R\$)	Tipo de Pagamento	Hora Mês
CAMAREIRA		01/02/2022	1.300,00	1-Mensalista	220.00
FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO - F.G.T.S.					
Data de Opção		Banco Depositário			Número da Conta
01/02/2022		104 - Caixa Econômica Federal			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 :Quarta-Feira					
PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL - P.I.S.					
Número do P.I.S.		Banco Depositário		Número da Conta	
16414617823		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: \_\_\_\_\_