

Lista para admissão - COLABORADOR

NOME:			MAT.	
EMPRESA/ UNIDADE		DATA DE CONTRATAÇÃO		
DOCUMENTAÇÃO				STATUS
CURRICULUM VITAE				<input type="checkbox"/>
EXAME MÉDICO ADMISSIONAL – (RESPONSABILIDADE DA EMPRESA - SERÁ REALIZADO AO FINAL DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO)				<input type="checkbox"/>
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL - (DIGITAL - APLICATIVO CARTEIRA DE TRABALHO DIGITAL)				<input type="checkbox"/>
CÓPIA DO PIS(SE TIVER)				<input type="checkbox"/>
CÓPIA DA CÉDULA DE IDENTIDADE – RG				<input type="checkbox"/>
CÓPIA DO CPF				<input type="checkbox"/>
CÓPIA DO TÍTULO DE ELEITOR (obrigatório a partir de 16 anos - EMITIR NO SITE DO TRE)				<input type="checkbox"/>
CARTEIRA DO SUS(CÓPIA DA CARTEIRA OU PDF DO APLICATIVO CONECTE SUS)				<input type="checkbox"/>
CÓPIA DA CERTIDÃO DE RESERVISTA(obrigatório a partir de 18 anos)				<input type="checkbox"/>
01 FOTO DIGITAL				<input type="checkbox"/>
CÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO				<input type="checkbox"/>
ATESTADO DE ANTECEDENTES CRIMINAL				<input type="checkbox"/>
COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE AUTENTICADO (Diploma e/ou Certificado)				<input type="checkbox"/>
CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL (Registro no Conselho da Profissão)(DEPENDENTE DO CARGO)				<input type="checkbox"/>
COMPROVANTE DE PAGAMENTO DA ANUIDADE DO CONSELHO DA PROFISSÃO				<input type="checkbox"/>
COMPROVANTE DE VACINAÇÃO CONTRA DIFTERIA, TÉTANO, FEBRE AMARELA, SARMAPO, CAXUMBA E RUBÉOLA(Caso não tenha, deve ir a unidade de saúde para emití-la)				<input type="checkbox"/>
CÓPIA DE COMPROVANTE DE ENDEREÇO NO NOME DO FUNCIONÁRIO (OBRIGATÓRIO TER CEP, BAIRRO E SER ATUAL)				<input type="checkbox"/>
NUMERO DA CONTA CORRENTE BANCO DO BRASIL (SE JÁ POSSUE CONTA, TIRAR CÓPIA DO EXTRATO DO BANCO CONTENDO: AGENCIA E CONTA, CASO NÃO TENHA CONTA SOLICITAR O OFÍCIO PARA EMITIR NO BANCO)				<input type="checkbox"/>
DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE VÍNCULO DE PARENTESCO				<input type="checkbox"/>
DOCUMENTAÇÃO DEPENDENTES				
CERTIDÕES DE NASCIMENTO DOS FILHOS MENORES DE 14 ANOS (Xerox)				<input type="checkbox"/>
CARTÃO DE VACINAS DOS FILHOS MENORES DE 07 ANOS (Xerox)				<input type="checkbox"/>
DECLARAÇÃO ESCOLAR DO FILHOS DE 07 A 24 ANOS (Xerox)				<input type="checkbox"/>
REG E CPF DO CONJUGE OU COMPANHEIRO(A)				<input type="checkbox"/>
RG E CPF DOS FILHOS				<input type="checkbox"/>
CARTEIRA DO SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAUDE ATÉ 24 ANOS (Xerox)				<input type="checkbox"/>