

**REGISTRO DE EMPREGADOS**

(MTE Portaria N° 41 de 28/03/2007)

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE												
DATA DA ENTREGA:												
Nome						Sexo						
END.			Bairro			CEP			UF			
						CIDADE						
Filiação		Pai										
		Mãe										
Dados pessoais						Dados contratuais						
Estado civil						LOTAÇÃO						
Telefone						Cargo						
Nascimento						Vínculo						
Naturalidade												
Nacionalidade												
Grau instrução						AGENCIA						
R.G.				D. EXP				Conta				
C.P.F.						DTA ADM:						
CTPS / Série/ DATA EXP												
Reservista												
PIS												
N° Título eleitor/ZONA/SEÇÃO												
Raça / Cor				CNH				CATEGORIA CNH				
Def. física		CART. CONSELHO				SIGLA		EXP:				
Dependentes			Grau de parentesco			Nascimento		IRRF	Sexo	Inválido		
CPF DO DEPENDENTE												
CPF DO DEPENDENTE												
CPF DO DEPENDENTE												
Anotações gerais												
DECLARO para os devidos fins que as informações e dados prestadas acima são verídicos e atuais, pelas quais assumo todas as responsabilidades.												
_____						Pombos - PE, ____ de ____ de _____						
Ass. Do Funcionário												