

|                                                                          |                                              |                                   |  |            |                           |                    |                  |           |      |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|--|------------|---------------------------|--------------------|------------------|-----------|------|
| FICHA PARA REGISTRO DE FUNCIONÁRIOS                                      |                                              |                                   |  |            |                           |                    |                  |           |      |
| EMPRESA:                                                                 | UNIFORTE PORTARIA E SERVIÇOS INTEGRADOS LTDA |                                   |  |            | CNPJ:                     | 63.971.846.0001.99 |                  |           |      |
| Nome do funcionário:                                                     |                                              | CRISTIANE SANTOS MARTINS OLIVEIRA |  |            |                           |                    |                  |           |      |
| Endereço:                                                                | RUA ROSSINI PINTO                            |                                   |  |            |                           | Número:            | 60               |           |      |
| Bairro:                                                                  | JARDIM INDAIA                                |                                   |  | Cidade:    | SÃO PAULO                 |                    |                  | Estado:   | SP   |
| CEP:                                                                     | 08143030                                     | Telefone:                         |  |            |                           | Completo:          |                  |           |      |
| DOCUMENTAÇÃO                                                             |                                              |                                   |  |            |                           |                    |                  |           |      |
| Carteira de Trabalho:                                                    | DIGITAL                                      | Série:                            |  |            | Expedição:                |                    |                  | UF:       | SP   |
| Cédula de Identidade                                                     | 428368906                                    |                                   |  | Expedição: | 27/06/2024                |                    | Órgão expedidor: | SSP       |      |
| Título de Eleitor:                                                       | 336176420124                                 |                                   |  |            | ZONA:                     | 352                |                  | Seção     | 0261 |
| Certificado Militar:                                                     | Não                                          |                                   |  |            | Categoria:                |                    |                  |           |      |
| Carteira de Habilitação:                                                 | NÃO                                          |                                   |  |            |                           | Categoria:         |                  |           |      |
| Número de cadastro no PIS:                                               |                                              |                                   |  | Banco:     |                           |                    | Data:            |           |      |
| CPF:375.892.228.36                                                       |                                              |                                   |  |            |                           |                    |                  |           |      |
| Nome do Pai:                                                             | ALFREDO FELIZARDO MARTINS                    |                                   |  |            |                           |                    |                  |           |      |
| Nome da Mãe:                                                             | MARIA ONEDIA DOS SANTOS CORDEIRO             |                                   |  |            |                           |                    |                  |           |      |
| Grau de eEscolaridade:                                                   | 2 GRAU COMPLETO                              |                                   |  |            |                           |                    |                  |           |      |
| Local de Nascimento:                                                     | SÃO PAULO                                    |                                   |  |            | Estado:                   | SP                 | Cidade:          | SÃO PAULO |      |
| Data de Nascimento:                                                      | 06/01/1987                                   |                                   |  |            | Estado Civil:             | CASADA             |                  |           |      |
| CARACTERISITICAS FÍSICAS                                                 |                                              |                                   |  |            |                           |                    |                  |           |      |
| Nome do Conjuje:                                                         | NELSON MURICIO OLIVEIRA                      |                                   |  |            |                           | NASCIMENTO         |                  |           |      |
| BENEFICIÁRIOS (Dependentes p/ Imposto de Renda e recebimento de família) |                                              |                                   |  |            |                           |                    |                  |           |      |
| Nome:                                                                    |                                              |                                   |  |            | Nascimento:               |                    |                  |           |      |
| Nome:                                                                    |                                              |                                   |  |            | Nascimento:               |                    |                  |           |      |
| Nome:                                                                    |                                              |                                   |  |            | Nascimento:               |                    |                  |           |      |
| DATA DE ADMISSÃO:                                                        | 06/08/2026                                   |                                   |  |            | EXAME MÉDICO OBRIGATORIO: | SIM                |                  |           |      |
| UTILIZA VALE TRANSPORTES:    ( x ) SIM    -    ( ) NÃO                   |                                              |                                   |  |            |                           |                    |                  |           |      |
| FUNÇÃO                                                                   | AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS                  |                                   |  |            | SALÁRIO:                  | 1824,63            |                  |           |      |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

**HORÁRIO DE TRABALHO - "RESPEITAR AS 44 HORAS SEMANAIS"**

|                                                   |                                                                                 |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>POSTO DE TRABALHO: POSTO ALTOS DE ITAQUERA</b> | ESCALA 6X1 DE SEG A SEXTA DAS 08:00 ÀS 17:00 SABADOS OU DOMINGOS 08:00 ÀS 12:00 |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

| OBSERVAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>As informações para admissão devem ser enviadas com 2 dias úteis de antecedencia da data de início. Os exames médicos admissionais passaram a ser obrigatório a partir de janeiro de 2023 devido a implantação da 4ª Fase do e-Social, sendo assim, deverá ser entregue juntamente com as informações.</p> |