

FORMULÁRIO DE ACEITE DE ENQUADRAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

IDENTIFICAÇÃO DO COLABORADOR

NOME		MATRICULA
SETOR	SUPERIOR IMEDIATO	DATA DE ADMISSÃO

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que estou ciente e de acordo com a implantação do Plano de Cargos e Salários da OAB-CE e autorizo a alteração do meu contrato de trabalho nas condições abaixo, obedecendo à Resolução do referido Plano, assim como situação orçamentária da Instituição:

	DE	PARA		
		2015	2016	2017
Cargo				
Função Gratificada				
Salário	R\$	R\$	R\$	R\$
Gratificação	R\$	R\$	R\$	R\$
Remuneração Total	R\$	R\$	R\$	R\$

APROVAÇÃO

Funcionário	Gestor da Área	Recursos Humanos	Diretoria