|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | FORMULÁRIO DE CADASTRO DE TRABALHADOR PARA O e - Social | Nº de Controle |

Prezado Colaborador;

O correto preenchimento de todos os campos deste formulário é de crucial importância para nossa empresa.

Deste modo solicitamos a leitura atenta a todos os campos.

|  |  |
| --- | --- |
| 01 | **Dados do Trabalhador** |
| 02 | Nome do Trabalhador: |
| 03 | CPF: |
| 04 | Matrícula do Trabalhador na empresa: **RESTRITO AO DP** |
| 05 | Número de Inscrição do Segurado (NIS) PIS/PASEP/INSS: |
| 06 | Nacionalidade: |
| 07 | Código do país de nascimento: **RESTRITO AO DP** |
| 08 | Código do país de nacionalidade do trabalhador: **RESTRITO AO DP** |
| 09 | Nome da mãe: |
| 10 | Nome da pai: |
| 11 | Data de nascimento: |
| 12 | Local de nascimento: |
| 13 | Código do município de nascimento: **RESTRITO AO DP** |
| 14 | Unidade de Federação: |
| 15 | Estado civil:  ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( ) União Estável ( ) Outros |
| 16 | Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino |
| 17 | Raça e Cor: ( )Indígena ( ) Branca ( ) Negra  ( ) Amarela de origem japonesa, coreana etc.  ( )Parda (parada ou declarada como mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de negro com pessoa de outra cor ou raça  ( ) Não informado |
|  | Cor dos olhos: Altura : peso:  Doador de órgãos ( ) sim ( )não  Grupo sanguíneo: |

|  |  |
| --- | --- |
| 18 | **Dados Complementares do Trabalhador** |
| 19 | Residente no Exterior: ( ) Sim ( ) Não |
| 20 | Endereço: |
| 21 | Número: |
| 22 | Bairro: |
| 23 | Complemento: |
| 24 | Cidade: |
| 25 | Código do município: **RESTRITO AO DP** |
| 26 | CEP: |
| 27 | Código do endereço postal: **RESTRITO AO DP** |
| 28 | País: |
| 29 | Código do país: **RESTRITO AO DP** |
| 30 | Residência própria: ( ) Sim ( ) Não |
| 31 | Comprada com recursos do FGTS: ( ) Sim ( ) Não |
|  | **Documentos de Identificação** |
| 32 | Número da CTPS: |
| 33 | Série da CTPS: |
| 34 | Unidade de Federação da expedição da CTPS: |
| 35 | Tipo de documento de identificação:  ( ) RIC – Registro de Identidade Único ( ) RG – Registro Geral  ( ) RNE – Registro Nacional de Estrangeiro  ( ) OC – Número de Registro em órgão de Classe ( ) CNH – Carteira Nacional de Habilitação |
| 36 | Número do documento de identificação: |
| 37 | Data da expedição do documento: |
| 38 | Órgão emissor do documento: |
| 39 | Data da Validade do documento: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Informações de Contato** |
| 40 | Número de telefone fixo do trabalhador: |
| 41 | Número de telefone móvel do trabalhador: |
| 42 | Endereço eletrônico principal: |
| 43 | Endereço eletrônico secundário: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Escolaridade** |
| 44 | Grau de Instrução do trabalhador: |
| 45 | ( ) 01 – Analfabeto  ( ) 02 – Até a 4º série incompleta do ensino fundamental (antigo 1º grau ou primário), ou que tenha se alfabetizado sem ter freqüentado escola regular  ( ) 03 – 4º série completa do ensino fundamental (antigo 1º grau ou ginásio) ( ) 04 – Da 5º a 8º série do ensino fundamental (antigo 1º grau ou ginásio)  ( ) 05 – Ensino fundamental completo (antigo 1º grau, primário ou ginásio) ( ) 06 – Ensino médio incompleto (antigo 2º grau, secundário ou colegial)  ( ) 07 – Ensino médico completo (antigo 2º grau, secundário ou colegial) ( ) 08 – Educação Superior incompleta  ( ) 09 – Educação Superior completa ( ) 10 – Pós Graduação  ( ) 11 – Mestrado  ( ) 12 - Doutorado |

|  |  |
| --- | --- |
| 46 | **Trabalhador estrangeiro** |
| 47 | Data da chegada do trabalhador ao Brasil, em caso de estrangeiro: |
| 48 | Data de naturalização brasileira em caso de estrangeiro naturalizado: |
| 49 | Condição de casado com brasileiros em caso de trabalhador estrangeiro: ( ) Sim  ( ) Não |
| 50 | Se o trabalhador estrangeiro tem filhos com brasileiro: ( ) Sim  ( ) Não |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Pessoa com deficiência** |
| 51 | Deficiência motora: ( ) Sim  ( ) Não |

|  |  |
| --- | --- |
| 52 | Deficiência visual: ( ) Sim  ( ) Não |
| 53 | Deficiência auditiva: ( ) Sim  ( ) Não |
| 54 | Reabilitado ( ) Sim  ( ) Não |
| 55 | Observações: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Informações bancárias** |
| 56 | Código do banco: |
| 57 | Tipo da Conta:  ( ) Conta Concorrente ( ) Conta poupança |
| 58 | Código da agência: |
| 59 | Conta bancária: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Dependentes** |
| 60 | Tipos de dependentes, conforme tabela:  ( ) 01 – Cônjuge ou companheiro (a) com o (a) qual tenha filho ou viva a mais de 5 (cinco) anos;  ( ) 02 – Filho (a) ou enteado (a) até 21 (vinte e um) anos;  ( ) 03 – Filho (a) ou enteado (a) universitário (a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos;  ( ) 04 – Filho (a) ou enteado (a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;  ( ) 05 – Irmão (a), neto (a) ou bisneto (a) sem arrimo dos pais, do (a) qual detenha a guarda judicial, até 21 (vinte um) anos;  ( ) 06 – Irmão (a), neto (a) ou bisneto (a) sem arrimo dos pais,com idade até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de nível superior ou escola técnica de 2º grau, desde que tenha detido sua guarda judicial até os 21 anos;  ( ) 07 - Irmão (a), neto (a) ou bisneto (a) sem arrimo dos pais, do (a) qual detenha a guarda judicial, em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;  ( ) 08 – Pais,avós e bisavós;  ( ) 09- Menor pobre, até 21 (vinte e um anos), que crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;  ( ) 10 – A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador. |
| 61 | Nome de cada dependente com sua respectiva data de nascimento e CPF se houver: |
| 62 | Dependentes para fins de IRRF: ( ) Sim  ( ) Não |
| 63 | Dependentes para fins de Salário-Família:  ( ) Sim |
|  | ( ) não |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Informações do vínculo de emprego** |
| 64 | Data de admissão: |
| 65 | Tipo de admissão do trabalhador: **RESTRITO AO DP**  ( ) 01 - Admissão;  ( ) 02- Transferência de empresa do mesmo grupo econômico; ( ) 03 – Admissão por sucessão, incorporação ou fusão;  ( ) 04- Trabalhador cedido |
| 66 | Indicativo de admissão: ( ) 01 - Normal;  ( ) 02 – Decorrente de ação fiscal;  ( ) 03 – Decorrente de decisão judicial |
| 67 | Tipo de vínculo trabalhista: **RESTRITO AO DP**  ( ) 01 – Trabalho Urbano ( ) 02 – Trabalho Rural |
| 68 | Informe se houver reintegração na empresa por decisão judicial ou amigável: ( ) Sim  ( ) N |
| 69 | Primeiro emprego: |
|  | ( ) Sim  ( ) Não |
| 70 | Observações: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Dados gerais do contrato** |
| 71 | Múltiplos vínculos trabalhistas: ( ) Sim ( ) Não  Nome da empresa: CNPJ:  Remuneração na empresa: Comentários: |
| 72 | Tipo de regime trabalhista: **RESTRITO AO DP** ( ) Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) ( ) Regime Jurídico Único (RJU)  ( ) Regime Jurídico Próprio (RJP)] |
| 73 | Tipo de regime previdenciário: **RESTRITO AO DP**  ( ) Regime Geral da Previdência Social (RGPS)  ( ) Regime Próprio da Previdência Social (RPPS)  ( ) Regime Próprio da Previdência Social no Exterior (RPPE) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Duração do contrato de trabalho** |
| 74 | Tipo de contrato de trabalho:  ( ) Contrato de trabalho por prazo indeterminado ( ) Contrato de trabalho por prazo determinado |
| 75 | Data do término do contrato de trabalho por prazo determinado |

|  |  |
| --- | --- |
| 76 | **Cargo/Função:**  **-** Descrição sobre a função desempenhada: |

|  |  |
| --- | --- |
| 77 | Dias da semana a qual trabalha: |
|  | ( ) 01 – Segunda-feira ( ) 02 –terça-feira  ( ) 03 - quarta-feira ( ) 04 - quinta-feira ( ) 05 - sexta-feira ( ) 06 – Sábado  ( ) 07 - Domingo |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Filiação sindical** |
| 78 | CNPJ do sindicato: RESTRITO AO DP |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Trabalhador sem vínculo de emprego (Estagiário)** |
| 79 | Data de início do estágio: |
| 80 | Categoria do trabalhador: |
| 81 | Natureza do estágio: ( ) O - Obrigatório  ( ) N – Não obrigatório |
| 82 | Nível:  ( ) 1 – Fundamental ( ) 2 – Médio ( )Formação Profissional ( ) 4 – Superior |
| 83 | Área de atuação do estagiário: |
| 84 | Valor da bolsa recebida: |
| 85 | Data prevista para o término do estágio: |
| 86 | Nome da instituição de ensino: |
| 87 | CNPJ da instituição de ensino: |
| 88 | Endereço da instituição de ensino: |
| 89 | Número: |
| 90 | Bairro: |
| 91 | Unidade de federação da instituição de ensino: |

Cópia dos seguintes documentos:

* Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);
* Título de Eleitor;
* Certidão de Alistamento Militar/Reservista;
* Cópia do cartão do PIS/PASEP/Inscrição INSS;
* Registro Geral (RG)
* Certidão de Casamento ou nascimento;
* Comprovante de Residência(validade de 60 dias);
* Comprovante de Escolaridade;
* Cópia do cartão de conta corrente do Sicoob Macieira SC(conta onde é efetuado o crédito do salário mensal);
* Cópia do RG/Certidão de Nascimento e CPF dos dependentes;
* Cópia dos itens da Carteira de Trabalho: Número e Série, Qualificação Civil,Data de emissão, Alterações de Identidade,.
* CNH quando for o caso;
* Certidão de antecedentes criminais;
* Certidão da justiça eleitoral;
* Declaração de bens;
* Declaração de não acumulo de cargos;
* Declaração de não ter sofrido penalidades em exercício de função pública;
* Foto 3x4;
* Exame admissional (segundas e quintas 12:15 horas no hospital de Arroio Trinta, outras datas ligar 49 35661006 PORTALMED e ver disponibilidade) –

**EXAMES EXIGIDOS:**

* + Hemograma Completo;
  + Raio X Lombo Cervical;
  + Acuidade Visual;
  + Audiometria;
  + Eletrocardiograma (exame apenas para cargo de Motorista e Operadores de máquinas médias e pesadas);
  + Eletroencefalograma exame apenas para cargo de Motorista e Operadores de máquinas médias e pesadas);
* Consulta de qualificação cadastral, deve estar correta (<http://portal.esocial.gov.br/institucional/consulta-qualificacao-cadastral> ou digitar no google Consulta de qualificação cadastral)

**O PREENCHIMENTO E A CÓPIA DOS DOCUMENTOS DEVERÃO SER ENTREGUES AOS RESPONSÁVEIS DOS SETORES NO PRAZO DE 10 DIAS ÚTEIS.**

**DECLARAÇÃO**

# Declaro para os devidos fins que as informações constantes desse formulário são fieis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época.

Declaro que todas as informações mencionadas nesse formulário foram extraídas dos documentos são da minha inteira responsabilidade.

Além disso, fui informado que se houver qualquer alteração nesta Declaração, a mesma deverá ser modificada junto ao Departamento de Recursos Humanos.

Por fim, fico ciente que através desse documento a falsidade das informações configura crime previsto no Código Penal Brasileiro e passível de apuração na forma da Lei.

Nada mais a declarar, e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmo a presente.

, de de 20\_\_\_

Assinatura do Trabalhador