**FORMULÁRIO PARA ADMISSÃO DOS FUNCIONÁRIOS**

Prezado funcionário:

Solicitamos a atenção para o correto preenchimento de **todos os campos** do formulário abaixo**. Informamos que os dados deste formulário serão repassados ao Governo Federal através do e-Social.**

EMPRESA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME COMPLETO (sem abreviação):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES PRELIMINARES**

Estado Civil: (\_)Solteiro (\_)Casado (\_)Divorciado (\_)Viúvo ( )Separado Sexo:( )F ( )M

Cor/Raça: (\_)Indígena (\_)Branca (\_)Preta (\_)Amarela (\_)Parda Primeiro Emprego:( ) S ( )N Aposentado: ( ) S ( ) N

Mais de Um Vínculo Trabalhista? ( )S ( )N Empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escolaridade:( )Analfabeto ( )Até 4ª série 1º grau ( ) 4ª série completa ( ) 1º grau incompleto ( ) 1º grau (Ens. Fundamental) completo

 ( )2º grau (ensino médio) incompleto ( )2º grau(ensino médio) completo ( ) Superior incompleto ( )Superior completo

 ( )Pós graduação ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( )Pós-doutorado

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Naturalidade/UF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade/UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESTRANGEIRO(A)**

Estrangeiro(a) ( ) Sim ( ) Não Data de Chegada no Brasil: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Casado(a) com Brasileiro(a) ( )Sim ( ) Não

Possui Filhos Brasileiros ( ) Sim ( ) Não Naturalizado(a) ( )Sim ( ) Não Data da Naturalização: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

**DEFICIÊNCIA**

 ( ) Física ( )Visual ( ) Auditiva ( )Mental ( ) Intelectual ( ) Reabilitado/Readaptado

**FILIAÇÃO**:

Pai: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS**

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Título Eleitoral: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zona: \_\_\_\_\_\_ Seção \_\_\_\_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Órgão Expedidor/UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data da Emissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

CTPS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Série/UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data da Emissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ PIS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Certificado de Reservista: nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Categoria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Somente profissão regulamentada) Reg. Órgão Classe nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão Emissor/UF: \_\_\_\_\_\_ Exp: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Somente para motorista profissional: Habilitação nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

**DEPENDENTES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Nascimento** | **CPF** | **Para Imposto** **de Renda?** | **Para Salário****Família?** | **Tipo Dependente****(Olhar tabela)** |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |  | ( )S ( ) N | ( )S ( ) N |  |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |  | ( )S ( ) N | ( )S ( ) N |  |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |  | ( )S ( ) N | ( )S ( ) N |  |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |  | ( )S ( ) N | ( )S ( ) N |  |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |  | ( )S ( ) N | ( )S ( ) N |  |
|  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ |  | ( )S ( ) N | ( )S ( ) N |  |

**Tipo de Dependente (Tabela):**

**1** – Cônjuge

**2 -** Companheiro(a) com o(a) qual tenha filho ou viva há mais de 5 (cinco) anos ou possua Declaração de União Estável

**3** - Filho(a) ou enteado(a)

**4** - Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos

**6** - Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial

**9** - Pais, avós e bisavós

**10** - Menor pobre do qual detenha a guarda judicial

**11**- A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador

**12** - Ex-cônjuge

 **99** - Agregado/Outros

**ANEXAR DOCUMENTAÇÃO LISTADA ABAIXO:**

* Exame Médico Admissional (**emitido antes da data da admissão por médico do trabalho**);
* Exame Toxicológico pra funções de motorista (**emitido antes da data da admissão**);
* 01 Foto 3x4 e Carteira de Trabalho – CTPS;
* Cópia de todos os documentos pessoais (RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIFICADO DE RESERVISTA);
* Cópia Registro Órgão de Classe (somente para quem exerce a função)
* Cópia de CNH (somente para motoristas profissionais)
* Cópia de Comprovante de Escolaridade (Histórico, Diploma, Certificado ou Declaração de Matrícula);
* Cópia de Comprovante de Residência;
* Cópia da Certidão de Nascimento e CPF dos filhos, Cópia Atestado de Invalidez dos filhos de qualquer idade;
* Cópia do Cartão de Vacinação dos filhos menores de 06 anos
* Comprovante de frequência escolar dos filhos a partir de 06 anos
* Cópia certidão de casamento e CPF do cônjuge
* **A documentação completa deverá ser enviada a contabilidade com um prazo mínimo de 2 DIAS antes da data de início de trabalho do funcionário.**
* **A admissão só será realizada se não faltar nenhum documento.**

**DECLARAÇÃO**

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

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

Além disso, fui informado que se houver qualquer alteração de dados constantes desta DECLARAÇÃO (estado civil, escolaridade, alteração de endereço, nascimento e outras), a mesma deverá ser modificada junto à essa empresa empregadora.

Por fim, fico ciente que através deste 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Funcionário

**DADOS DA ADMISSÃO (A SER PREENCHIDO PELA EMPRESA)**

Data da Admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Contrato de Experiência: (\_\_) S (\_\_)N Prazo: \_\_\_\_\_\_Dias Prorrogação: \_\_\_\_Dias

Função: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CBO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Salário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Horário de Trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_às\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Intervalo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_às\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sábado: \_\_\_\_\_\_\_às\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Para preenchimento dessas informações observe a CCT que compreende sua empresa.**

**Gentileza enviar o Livro de Registro de Empregados.**

