

Ficha para Admissão



Prezado colaborador;

O preenchimento correto de todos os campos deste formulário é de fundamental importância para sua admissão, a veracidade das informações é a garantia que a empresa possa depositar seus direitos trabalhistas de forma correta.

Deste modo solicitamos a leitura atenta de todos os campos e seu preenchimento com atenção.

Dados do trabalhador
Nome do Trabalhador
Nome social
Nacionalidade
Nome da mãe:
Nome do pai:
Data de nascimento:
Local de nascimento:
Unidade de Federação:
Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () União Estável () Outros
Se casado nome do cônjuge
Dependente para IR () Sim () Não
Sexo: () Masculino () Feminino
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

Dados complementares do trabalhador
Residente no Exterior: () Sim () Não
Endereço:
Número:
Bairro:
Complemento:
Cidade:
CEP:
País:
Residência própria: () Sim () Não
Comprada com recursos do FGTS: () Sim () Não

Documentos de Identificação	
CPF	
Número de Inscrição do Segurado (NIS) PIS/PASEP/INSS	
Número da CTPS:	
Série da CTPS:	
Unidade de Federação da expedição da CTPS:	
RG – Registro Geral	
Número do documento de identificação:	
Data da expedição do documento:	
Órgão emissor do documento:	
CNH – Carteira Nacional de Habilitação	
Número CNH:	
Categoria:	
Data da Validade do documento:	
Título Eleitor	
Número Título Eleitor:	
Zona:	
Seção:	
Reservista	
Número Reservista:	
Categoria Reservista:	
OC – Número de Registro em órgão de Classe	
Número de Registro	
Órgão de classe	
Número de Registro	
Órgão de classe	
RNE – Registro Nacional de Estrangeiro	
Número do documento de identificação:	
Data da expedição do documento:	
Órgão emissor do documento:	
Data da Validade do documento:	

Informações de Contato	
Número de telefone fixo do trabalhador:	
Número de telefone móvel do trabalhador:	
Endereço eletrônico principal:	
Endereço eletrônico secundário:	
Número de telefone recado:	

Escolaridade

Grau de Instrução do trabalhador:

- 01 – Analfabeto, inclusive o que, embora tenha recebido instrução, não se alfabetizou;
- 02 – Até o 5º ano incompleto do Ensino Fundamental (antiga 4ª série) ou que se tenha alfabetizado sem ter frequentado escola regular
- 03 – 5º ano completo do Ensino Fundamental;
- 04 – Do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental incompleto (antiga 5ª a 8ª série);
- 05 – Ensino fundamental completo (antigo 1º grau, primário ou ginásio)
- 06 – Ensino médio incompleto (antigo 2º grau, secundário ou colegial)
- 07 – Ensino médio completo (antigo 2º grau, secundário ou colegial)
- 08 – Educação Superior incompleta
- 09 – Educação Superior completa
- 10 – Pós Graduação completa
- 11 – Mestrado completo
- 12 – Doutorado completo

Trabalhador estrangeiro

Data da chegada do trabalhador ao Brasil, em caso de estrangeiro:

Data de naturalização brasileira em caso de estrangeiro naturalizado:

Classificação da condição de ingresso do trabalhador estrangeiro no Brasil:

- 1 - Visto permanente;
- 2 - Visto temporário;
- 3 - Asilado;
- 4 - Refugiado;
- 5 - Solicitante de Refúgio;
- 6 - Residente fora do Brasil;
- 7 - Deficiente físico e com mais de 51 anos;
- 8 - Com residência provisória e anistiado, em situação irregular;
- 9 - Permanência no Brasil em razão de filhos ou cônjuge brasileiros;
- 10 - Beneficiado pelo acordo entre países do Mercosul;
- 11 - Dependente de agente diplomático e/ou consular de países que mantêm convênio de reciprocidade para o exercício de atividade remunerada no Brasil;
- 12 - Beneficiado pelo Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre a República Federativa do Brasil e a República Portuguesa.

Condição de casado com brasileiros em caso de trabalhador estrangeiro:

- Sim
- Não

Se o trabalhador estrangeiro tem filhos com brasileiro:

- Sim
- Não

Pessoa com deficiência
Deficiência física: () Sim () Não
Deficiência visual: () Sim () Não
Deficiência auditiva: () Sim () Não
Deficiência Mental: () Sim () Não
Deficiência Intelectual: () Sim () Não
Trabalhador é reabilitado (empregado) () Sim () Não.
Informar se o trabalhador preenche cota de pessoas com deficiência habilitadas ou de beneficiários reabilitados. () Sim () Não.

Informações bancárias
Nome Banco:
Código do banco:
Código da agência:
Número Conta Bancária:
Tipo da Conta: () Conta Corrente () Conta poupança () Conta Salário

Dependentes
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 e 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.
01 - Nome do dependente
CPF:
Grau de parentesco
Data de Nascimento
Dependente para IR () Sim () Não
Dependente Salário família () Sim () Não
Dependente tem incapacidade física ou mental () Sim () Não
02 - Nome do dependente
CPF:
Grau de parentesco
Data de Nascimento
Dependente para IR () Sim () Não
Dependente Salário família () Sim () Não
Dependente tem incapacidade física ou mental () Sim () Não

03 - Nome do dependente
CPF:
Grau de parentesco
Data de Nascimento
Dependente para IR () Sim () Não
Dependente Salario família () Sim () Não
Dependente tem incapacidade física ou mental () Sim () Não
04 - Nome do dependente
CPF:
Grau de parentesco
Data de Nascimento
Dependente para IR () Sim () Não
Dependente Salario família () Sim () Não
Dependente tem incapacidade física ou mental () Sim () Não
05 - Nome do dependente
CPF:
Grau de parentesco
Data de Nascimento
Dependente para IR () Sim () Não
Dependente Salario família () Sim () Não
Dependente tem incapacidade física ou mental () Sim () Não
06 - Nome do dependente
CPF:
Grau de parentesco
Data de Nascimento
Dependente para IR () Sim () Não
Dependente Salario família () Sim () Não
Dependente tem incapacidade física ou mental () Sim () Não
07 - Nome do dependente
CPF:
Grau de parentesco
Data de Nascimento
Dependente para IR () Sim () Não
Dependente Salario família () Sim () Não
Dependente tem incapacidade física ou mental () Sim () Não

Múltiplos vínculos trabalhistas
Trabalha registrado em outra empresa: () Sim () Não
Nome da empresa:
CNPJ:
Remuneração na empresa:
Comentários:

Informação de aposentadoria do trabalhador
Trabalhador recebe o benefício previdenciário da aposentadoria por tempo de serviço () Sim () Não

Anexar

Cópias dos documentos abaixo:

- () Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);
- () Título de Eleitor;
- () Certidão de Alistamento Militar/Reservista;
- () Cartão do PIS/PASEP/Inscrição INSS;
- () Registro Geral (RG - Identidade)
- () Certidão de Casamento ou Nascimento;
- () Comprovante de Residência;
- () Comprovante de Escolaridade;
- () Cartão do Banco;
- () RG/Certidão de Nascimento e CPF dos dependentes;
- () Declaração de escolaridade dos filhos maiores que 7 anos;
- () Declaração de nascimentos dos filho de 0 até 14 anos
- () Carteira de Vacinação dos filhos menores de 14 anos
- () Cópia da Carteira de Trabalho: Páginas onde consta Número e Série, Qualificação Civil e Alterações de Identidade;

Entregar documentos originais:

- () CTPS
- () Atestado de saúde
- () 1 foto 3X4

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 201__

Assinatura do Trabalhador

RESTRITO AO DP

Dados do trabalhador
Matrícula do Trabalhador na empresa
Código do país de nascimento
Código do país de nacionalidade do trabalhador
Código do município de nascimento:

Dados complementares do trabalhador
Código do município:
Código do endereço postal:
Código do país:
Tipo de regime previdenciário: <input type="checkbox"/> Regime Geral da Previdência Social (RGPS) <input type="checkbox"/> Regime Próprio da Previdência Social (RPPS) <input type="checkbox"/> Regime Próprio da Previdência Social no Exterior (RPPE)

Remuneração e Periodicidade de pagamento
Valor do salário fixo:
Unidade de pagamento da parte fixa da remuneração: <input type="checkbox"/> 01 - por hora <input type="checkbox"/> 02 – Por dia <input type="checkbox"/> 03 – Por semana <input type="checkbox"/> 04 - Por mês <input type="checkbox"/> 05 – Por tarefa
Salário Variável do trabalhador:
Unidade de pagamento da parte variável da remuneração <input type="checkbox"/> 01 - por hora <input type="checkbox"/> 02 – Por dia <input type="checkbox"/> 03 – Por semana <input type="checkbox"/> 04 - Por mês <input type="checkbox"/> 05 – Por tarefa

Duração do contrato de trabalho
Tipo de contrato de trabalho: <input type="checkbox"/> Contrato de trabalho por prazo indeterminado <input type="checkbox"/> Contrato de trabalho por prazo determinado
Contrato de trabalho por prazo determinado <input type="checkbox"/> 45/45 <input type="checkbox"/> 60/30 <input type="checkbox"/> 30/60
Data da prorrogação do contrato de trabalho por prazo determinado
Data do término do contrato de trabalho por prazo determinado

Local de trabalho
Tipo de inscrição da empresa a qual trabalha: <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CAEPF <input type="checkbox"/> CNO
Número da inscrição:
Código da lotação:
Descrição complementar:

Cargo/Função
Numero CBO
Código da categoria do trabalhador:
Código da função:
Código do cargo:
Descrição sobre a função desempenhada:

Jornada de trabalho
Jornada semanal do trabalhador em horas:
Tipo de jornada: <input type="checkbox"/> F – Jornada de semana fixa <input type="checkbox"/> V – Jornada de semana variável Caso a jornada de trabalho seja variável, qual o código da jornada:
Observações.
Dias da semana a qual trabalha: <input type="checkbox"/> 01 – Segunda-feira <input type="checkbox"/> 02 –terça-feira <input type="checkbox"/> 03 - quarta-feira <input type="checkbox"/> 04 - quinta-feira <input type="checkbox"/> 05 - sexta-feira <input type="checkbox"/> 06 – Sábado <input type="checkbox"/> 07 - Domingo
Código da jornada:
Informações da jornada especial: <input type="checkbox"/> 01 – 12 X 36 <input type="checkbox"/> 02 – 24 X 48 <input type="checkbox"/> 03 – Outros _____

Quantidade média de horas trabalhadas na semana:
Preencher com o código relativo ao tipo de contrato em tempo parcial: <input type="checkbox"/> 0 - Não é contrato em tempo parcial; <input type="checkbox"/> 1 - Limitado a 25 horas semanais; <input type="checkbox"/> 2 - Limitado a 30 horas semanais; <input type="checkbox"/> 3 - Limitado a 26 horas semanais.

Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS)
Opção pelo FGTS: <input type="checkbox"/> 01 – Optante; <input type="checkbox"/> 02 - Não optante.
Data de opção pelo FGTS:

Filiação sindical
Nome do sindicato:
CNPJ do sindicato:

Trabalhador sem vínculo de emprego (Estagiário)
Data de início do estágio:
Categoria do trabalhador:
Natureza do estágio: <input type="checkbox"/> O - Obrigatório <input type="checkbox"/> N – Não obrigatório
Nível: <input type="checkbox"/> 1 – Fundamental <input type="checkbox"/> 2 – Médio <input type="checkbox"/> Formação Profissional <input type="checkbox"/> 4 – Superior
Área de atuação do estagiário:
Valor da bolsa recebida:
Data prevista para o término do estágio:
Nome da instituição de ensino:
CNPJ da instituição de ensino:
Endereço da instituição de ensino:
Número:
Bairro:
Unidade de federação da instituição de ensino:
Agente de integração:
CNPJ do agente de integração:
Razão social do agente de integração:
Endereço do agente de integração:
Bairro:
Cidade:
Código do município:
Unidade de federação:
Coordenador do estágio:
CPF do coordenador do estágio: