

Empresa:.....

DADOS CADASTRAIS

Nome completo:.....

Endereço:.....

Bairro:.....Cidade: CEP

Estado: Naturalidade..... Estado:..... Nacionalidade:.....

Data de nascimento:...../...../.....Cor/Raça:..... Fone Celular:().....

Fone Residencial:() E-mail(pessoal):.....

Pai:.....

Mãe:.....

Estado Civil:..... Nome esposo(a):

Data Nasc. esposo(a):...../...../..... Dependente de Imposto de renda: ()Sim () Não

Nome Filho:

D.Nascimento:..... Dependente de Imposto de renda: ()Sim () Não

Nome Filho.....

D.Nascimento:..... Dependente de Imposto de renda: ()Sim () Não

Nome Filho:

D.Nascimento:..... Dependente de Imposto de renda: ()Sim () Não

Caso o funcionário Possua outros dependentes favor informar os dados no RQ de Dependentes.

(Dependentes com 08 anos ou mais é necessário o envio do C.P.F). A partir de 2019 os dependentes

de qualquer idade deverão ter o CPF.

DADOS CONTRATUAIS

Aposentado: () Sim () Não

Estagiário: () Sim () Não

Menor Aprendiz: () Sim () Não

Deficiente Físico: () Sim () Não

GRAU DE ESCOLARIDADE – (enviar comprovante de escolaridade.)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Analfabeto | <input type="checkbox"/> 5ª à 8 Completa | <input type="checkbox"/> Superior Completo |
| <input type="checkbox"/> 1ª à 4ª Incompleta | <input type="checkbox"/> 2ª grau Incompleto | |
| <input type="checkbox"/> 1ª à 4ª Completa | <input type="checkbox"/> 2º grau Completo | <input type="checkbox"/> Doutorado |
| <input type="checkbox"/> 5ª à 8 Incompleta | <input type="checkbox"/> Superior Incompleto | |

Data de Admissão:/...../..... Primeiro Emprego: () Sim () Não

Função / Cargo:..... Descrição da Função:.....

Departamento:..... Salário:..... Forma de Pagamento:.....

Horário trabalho: Segunda a Sexta:.....às..... Sábado:.....às

Intervalo:..... Folga Semanal:.....

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

- | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 30 dias e 60 dias | <input type="checkbox"/> 30 dias | <input type="checkbox"/> 60 dias |
| <input type="checkbox"/> 45 dias e 45 dias | <input type="checkbox"/> 45 dias | <input type="checkbox"/> 90 dias |

REFERENCIA BANCÁRIA

Banco: Agencia nº UF

Nº Conta Corrente:

INFORMAÇÕES GERAIS - 1

CTPS Nº:..... Série:..... UF:..... Emissão:.....

PIS Nº:..... Banco:..... Emissão:.....

IDENTIDADE Nº:..... Órgão Emissor:..... Emissão:.....

CPF Nº:..... T.Eleitor nº:..... Zona:..... Seção:.....

Certificado Reservista nº: Categoria:

INFORMAÇÕES GERAIS - 2

Vale Transporte? () SIM Meio de Transporte:..... Quantidade Passagens:.....

Valor da Passagem:..... Desconto () sobre dias úteis () Salário

() NÃO Motivo/Justificativa:.....

Usará Plano de Saúde?

() SIM () Não

Qual?

Qual valor descontado do funcionário? Valor total do Plano?.....

Usará Plano de Odontológico?

() SIM () Não

Qual?

Qual valor descontado do funcionário? Valor total do Plano?.....

O funcionário deseja ser descontado pela contribuição sindical?

() SIM () NÃO

Conforme a nova lei (13.467/2017) passa a ser opcional o desconto à contribuição sindical de trabalhadores.

Favor nos enviar carta a próprio punho do funcionário caso tenha optado pelo não desconto da contribuição sindical.

OBSERVAÇÃO

Enviar juntamente com o formulário cópia dos seguintes documentos:

Exame Admissional (por médico credenciado pela medicina do trabalho), **(Não pode admitir sem antes fazer o exame.),**

CNIS **(Retira-se na agência da Previdência Social, pode agendar pelo Telefone 135, e ou efetuando o cadastro no seguinte site <https://siac.dataprev.gov.br/auth/login?loginwith=pat>);**

CTPS **(página da foto e o verso com as informações e demais páginas que contenham informações, como numero de CTPS anterior, troca de nome.)**

Cartão do PIS ou PASEP;

CPF;

Título de Eleitor;

Carteira de identidade (RG);

CNH (Carteira Nacional de Habilitação) **Não substitui o RG;**

Certificado de Reservista;

Certidão de Nascimento e ou Casamento. **(Em casos de Divórcio a Certidão com a averbação.);**

Comprovante de Residência **(Atual);**

Certidão dos filhos;

CPF – dos dependentes com idade igual e superior a 08 anos.

Cartão de Vacina (Menor de 7 anos);

Comprovante de Frequência escolar (Maior de 7 anos);

Carta a próprio punho caso tenha optado pelo não desconto da contribuição sindical;

ATENÇÃO!!!

A Assercon só poderá efetuar o **Registro do Empregado**, após a entrega deste formulário devidamente preenchido e com cópia de todos os documentos solicitados.

=====

Rio de Janeiro,

Responsável pelo preenchimento _____

Assinatura _____

Prezados,

Toda e qualquer atualização feita pelo funcionário devem ser comunicadas a empresa, e a empresa deverá comunicar ao RH da Assercon via Master Doc, para que não ocorram divergências cadastrais.