#### Logomarca Fep

#### *FORMULÁRIO PARA CONTRATAÇÃO DE FUNCIONÁRIO*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. DADOS DO PROJETO** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Projeto Conta Interna | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Coordenador       E-mail da Coordenação Telefones para contato | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **2. DADOS PARA ADMISSÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data de Admissão: | | | | | | | | | Salário | | | | | | | |
| Cargo  Endereço completo do Local de Trabalho  RUA PROFESSOR SEVERO PESSOA, N 31, FEDERAÇÃO. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contrato de Experiência?  Sim  Não | | | | | | | | | Quanto Tempo (prazo máximo de 90 dias)? | | | | | | | |
| Jornada de trabalho  01 – Segunda-feira de       às       / de       às  02 – Terça-feira de       às       / de       às  03 – Quarta-feira de       às       / de       às  04 – Quinta-feira de       às       / de       às  05 – Sexta de      às       / de       às  06 – Sábado de       às       / de       às | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. DADOS BANCÁRIAS** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Banco  Escolher | | | | | Tipo de Conta  Escolher | | | | | | | | | | | |
| Agência | | | | | Número da conta | | | | | | | | | | | |
| **4. BENEFICIOS QUE SERÃO CONCEDIDOS** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vale Transporte:  Sim  Não | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vale Refeição (Restaurante):  Sim  Não | | | Vale Alimentação (Supermercados):  Sim  Não | | | | | | | | Valor do Sindicato  Outro valor | | | | | |
| Convênio Médico (UNIMED):  Sim  Não | | | | | | Percentual de desconto: 50% | | | | | | | | | | |
| Convênio odontológico (AMIL):  Sim  Não | | | | | | Percentual de desconto: 100% | | | | | | | | | | |
| **5. DADOS DO TRABALHADOR** | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Nome completo | | | | | | | | | | | | | Sexo  Masculino  Feminino | | | |
| Data nascimento | Nacionalidade brasileira  Nacionalidade estrangeira | | | País de origem | | | | Passaporte | | | | Visto permanente  Sim  Não | | | | Validade |
| Estado Civil  Solteiro  Casado  Divorciado  Viúvo  União Estável  Outros | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Raça/Cor  Indígena  Branca  Negra  Amarela de origem japonesa, coreana, etc  Parda  Não Informado | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço residencial | | | | | | | | | | | | | | Bairro | | |
| Cidade | | | | | | | | UF | | Celular (com DDD) | | | | | Telefone Fixo (com DDD) | |
| CEP | | e-mail | | | | | | | | Outros Telefones (Com DDD) | | | | | | |
| Residência própria?  Sim  Não | | | | | | | Comprada com recurso do FGTS?  Sim  Não | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR** | | | | | | | | | | | | | | |
| CPF | Identidade | | | | Órgão emissor | | | | UF RG | | | | Data emissão | |
| Número CTPS | | | Serie CTPS | | | | | UF CTPS | | | | Emissão CTPS | | |
| CNH | | | | Categoria | | | | | | | Data Validade CNH | | | |
| PIS/PASEP/INSS (NIS) | | Título de Eleitor | | | | | | | | Zona Eleitoral | | | | Seção Eleitoral |
| Número Reservista | | | | | | Categoria Reservista | | | | | | | | |
| **7. ESCOLARIDADE** | | | | | | | | | | | | | | |
| 01 – Analfabeto  02 – Até a 4º série incompleta do ensino fundamental (antigo 1º grau ou primário)  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 | | | | | | | | | | | | | | |
| **8. PESSOA COM DEFICIÊNCIA?** | | | | | | | | | | | | | | |
| Deficiência Motora?  Sim  Não  Deficiência Visual?  Sim  Não  Deficiência Auditiva?  Sim  Não  Reabilitado. Observações: | | | | | | | | | | | | | | |
| **9. DEPENDENTES** | | | | | | | | | | | | | | |
| Dependentes para fins de IRRF?  Sim  Não  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. | | | | | | | | | | | | | | |
| Dependentes para fins de salário-família?  Sim  Não | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome de cada dependente com sua respectiva data de nascimento e CPF se houver. | | | | | | | | | | | | | | |
| **10. MÚLTIPLOS VÍNCULOS TRABALHISTAS** | | | | | | | | | | | | | | |
| Trabalha registrado em outra empresa?  Sim  Não. Se Sim, preencha os dados abaixo. | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome da empresa: | | | | | | | | | | | | | | |
| CNPJ: | | | | | | | Remuneração: | | | | | | | |
| Comentários: | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **11. ANEXAR DOCUMENTOS ABAIXO** |
| Cópia RG  Cópia CPF  Cópia Título de Eleitor  Cópia Certidão de Alistamento Militar/Reservista  Cópia Cartão PIS/PASEP/Inscrição INSS  Cópia Certidão de Casamento  Cópia Comprovante de residência (agua, luz ou telefone do mês anterior ou mês corrente)  Cópia Comprovante de Escolaridade  Cópia Cartão do Banco  Cópia RG/Certidão de nascimento e CPF dos dependentes  Cópia Carteira de vacinação dos filhos menores de 14 anos  Cópia CTPS (página onde consta número e série, Qualificação Civil e Alterações de Identidade) e original  1 Foto 3x4  Currículo Atualizado  Plano de Atribuições assinado pelo Coordenador do Projeto |
| **12. DECLARAÇÃO COLABORADOR (A)** |
| Declaro para os devidos fins que as informações contidas neste formulário são fiéis à verdade e condizentes coma a realidade dos fatos à época.  Todas as informações mencionadas nesse formulário foram extraídas dos documentos e são de minha responsabilidade.  Comprometo-me a informar ao Setor Pessoal desta empresa quando ocorrer qualquer alteração das informações aqui apresentadas.  Por fim, declaro ser ciente de que a falsidade das informações repassadas configura crime previsto no Código Penal Brasileiro, e passível de apuração na forma da Lei.  Nada mais a declarar, firmo o presente.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Funcionário (a) |
| **13. DECLARAÇÃO COORDENADOR (A)**  “Declaramos que o funcionário a ser contratado executará serviços sem relação com atividades de caráter permanente da Instituição, conforme artigo 4º, §3º, da Lei 8.958/1994”.          de       de  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura Coordenador (a) |