

FORMULÁRIO DE CADASTRO DE  
TRABALHADOR PARA O e - Social

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	<b>Dados do Trabalhador</b>
02	Nome do Trabalhador:
03	CPF:
05	Número de Inscrição do Segurado (NIS) PIS/PASEP/INSS:
06	Nacionalidade:
09	Nome da mãe:
10	Nome da pai:
11	Data de nascimento:
12	Local de nascimento:
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

18	<b>Dados Complementares do Trabalhador</b>
19	Residente no Exterior: ( ) Sim ( ) Não
20	Endereço:
21	Número:
22	Bairro:
23	Complemento:
24	Cidade:
26	CEP:
28	País:
30	Residência própria: ( ) Sim ( ) Não
31	Comprada com recursos do FGTS: ( ) Sim ( ) Não

	<b>Documentos de Identificação</b>
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:

	<b>Informações de Contato</b>
40	Número de telefone fixo do trabalhador:
41	Número de telefone móvel do trabalhador:
42	Endereço eletrônico principal:
43	Endereço eletrônico secundário:

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

46	<b>Trabalhador estrangeiro</b>
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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
50	Se o trabalhador estrangeiro tem filhos com brasileiro: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

	<b>Pessoa com deficiência</b>
51	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
52	Deficiência visual: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
53	Deficiência auditiva: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
54	Reabilitado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
55	Observações:

<b>Informações bancárias</b>	
56	Código do banco:
57	Tipo da Conta: ( ) Conta Concorrente ( ) Conta poupança
58	Código da agência:
59	Conta bancária:

<b>Dependentes</b>	
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

<b>Informações do vínculo de emprego</b>	
64	Data de admissão:
66	Indicativo de admissão: ( ) 01 - Normal; ( ) 02 – Decorrente de ação fiscal; ( ) 03 – Decorrente de decisão judicial
69	Primeiro emprego: ( ) Sim ( ) Não

<b>Dados gerais do contrato</b>	
71	Múltiplos vínculos trabalhistas: ( ) Sim ( ) Não  Nome da empresa: CNPJ: Remuneração na empresa: Comentários:

<b>Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS)</b>	
95	Opção pelo FGTS: ( ) 01 – Optante; ( ) 02 - Não optante.
96	Data de opção pelo FGTS:

<b>Trabalhador sem vínculo de emprego (Estagiário)</b>	
98	Data de início do estágio:
99	Categoria do trabalhador:
100	Natureza do estágio: ( ) O - Obrigatório ( ) N – Não obrigatório
101	Nível: ( ) 1 – Fundamental ( ) 2 – Médio ( ) Formação Profissional ( ) 4 – Superior
102	Área de atuação do estagiário:
103	Valor da bolsa recebida:
104	Data prevista para o término do estágio:
105	Nome da instituição de ensino:
106	CNPJ da instituição de ensino:
107	Endereço da instituição de ensino:
108	Número:
109	Bairro:
110	Unidade de federação da instituição de ensino:

<b>Opção de convenio médico</b>	
111	Opção pelo convenio médico: ( ) 01 – Optante; ( ) 02 - Não optante.
112	Data de opção:
113	Dependentes para convenio:
114	Valor de desconto da folha: ( Individual, titular e dependentes)

## 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\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome da empresa por extenso

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Trabalhador

**EMPRESA**, encaminhar para a CONTABILIDADE cópia/ scanner ou foto 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;
- ✓ Comprovante de Residência;
- ✓ Comprovante de Escolaridade;
- ✓ Cópia do cartão de conta (conta onde é efetuado o crédito do salário mensal);
- ✓ Cópia do RG/Certidão de Nascimento e CPF dos dependentes;
- ✓ Formulário de cadastro do trabalhador preenchido (**LEGÍVEL**)
- ✓ Declaração assinada pelo colaborador

Para os responsáveis: matheus@confs.com.br - franklin@confs.com.br - hevellyn@confs.com.br

**O PREENCHIMENTO E A CÓPIA DOS DOCUMENTOS DEVERÃO SER ENTREGUES AOS RESPONSÁVEIS NO PRAZO DE 1 DIAS ANTES AO INICIO DAS ATIVIDADES NA EMPRESA.**

O não cumprimento de atualização de dados, poderá acarretar a erros na nova obrigação, acarretando assim multa para a empresa por dados divergentes de cada empregado.

Me comprometo a sempre atualizar a contabilidade caso haja quaisquer alteração cadastral do empregado.

Empresa: \_\_\_\_\_

Responsável:(nome legível) \_\_\_\_\_