

CADASTRO DO TRABALHADOR PARA O E-SOCIAL

Prezado,

O preenchimento de todos os dados deste formulário é de crucial importância para nossa empresa. Deste modo solicitamos a leitura atenta a todos os campos. Se houver alterações em algum campo após sua admissão, favor anexar ao formulário a cópia da documentação. Exemplo: Alteração de nome devido a casamento ou divórcio, enviar cópia da certidão de casamento ou divórcio. Mudança de endereço: enviar comprovante de residência. Em caso de dúvidas, entrar em contato com o Departamento de Recursos Humanos.

DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇO AUTÔNOMO

1	MATRÍCULA: Restrito ao RH
2	NOME:
3	CPF:
4	PIS:
5	Nome da mãe:
6	Nome do pai:
7	Data de Nascimento:
8	Naturalidade (município de nascimento):
9	UF (estado de nascimento):
10	Estado Civil: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Outros
11	Sexo: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
12	Raça e Cor: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Amarela de origem japonesa, coreana, etc. <input type="checkbox"/> Parda (parada ou declarada como mulata, cabloca, cafuza, mameluca ou mestiça de negro com pessoa de outra cor ou raça.

DADOS COMPLEMENTARES DO TRABALHADOR

13	Endereço Completo:
14	Número:
15	Bairro:
16	Complemento:
17	Cidade:
18	Estado (UF):
19	CEP:
20	Residência Própria: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
21	Comprada com recursos do FGTS: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

22	Número CTPS:
23	Série CTPS:
24	UF (Estado):
25	RG (Registro Geral):
26	Data de emissão:
27	Orgão emissor do documento:

INFORMAÇÕES DE CONTATO

28	DDD e Número do telefone fixo:
29	DDD e Número do celular:
30	Email:

ESCOLARIDADE

31	<input type="checkbox"/> Analfabeto
	<input type="checkbox"/> Até a 4ª série incompleta do ensino fundamental (antigo 1º grau do primário), ou que tenha se alfabetizado sem ter frequentado escola regular
	<input type="checkbox"/> 4ª série completa do ensino fundamental (antigo 1º grau ou ginásio)
	<input type="checkbox"/> Da 5ª a 8ª série do ensino fundamental (antigo 1º grau ou ginásio)
	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo (antigo 1º grau, primário ou ginásio)
	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto (antigo 2º grau, secundário ou colegial)
	<input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo (antigo 2º grau, secundário ou colegial)
	<input type="checkbox"/> Educação Superior Incompleta
	<input type="checkbox"/> Educação Superior Completa
	<input type="checkbox"/> Pós Graduação
	<input type="checkbox"/> Mestrado
	<input type="checkbox"/> Doutorado

PESSOA COM DEFICIÊNCIA

32	Deficiência Motora:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
33	Deficiência visual:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
34	Deficiência auditiva:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
35	Reabilitação:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
36	Observações:		

INFORMAÇÕES BANCÁRIAS

37	Nome do Banco:			
38	Tipo de Conta:	<input type="checkbox"/> Corrente	<input type="checkbox"/> Poupança	<input type="checkbox"/> Salário
39	Agência:			
40	Nº da conta/dígito:			

DEPENDENTES - TIPOS DE DEPENDENTES

	Conjuge ou companheiro (a) com o qual tenha filho ou viva a mais de 5 (cinco) anos; Filho (a) ou enteado (a) até 21 (vinte e um) anos; Filho (a) ou enteado (a) universitário (a) ou cursando escola técnica do 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos; Filho (a) ou enteado (a) em qualquer idade, quando incapacidade física e/ou mentalmente para o trabalho; Irmão (ã), neto (a) ou bisneto (a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial, até 21 (vinte e um) anos;
--	---

41	Irmão (ã), 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; Irmão (ã), neto (a) ou bineto (a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial, em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho; Menor pobre, até 21 (vinte e um) anos, que crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial; A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador.
42	Informações dos Dependentes se houver:

***Observação:** Dependentes de salário família: filho ou dependente de até 14 anos, cujo trabalhador receba até R\$ 1.319,18 (2018).

DEPENDENTE 01		
Nome:		
Grau de dependente:		
Data de Nascimento:		
CPF:		
Dependente para dedução de Imposto de Renda:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Dependente para fins de salário família:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

DEPENDENTE 02		
Nome:		
Grau de dependente:		
Data de Nascimento:		
CPF:		
Dependente para dedução de Imposto de Renda:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Dependente para fins de salário família:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

DEPENDENTE 03		
Nome:		
Grau de dependente:		
Data de Nascimento:		
CPF:		
Dependente para dedução de Imposto de Renda:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Dependente para fins de salário família:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

DEPENDENTE 04		
Nome:		
Grau de dependente:		
Data de Nascimento:		
CPF:		
Dependente para dedução de Imposto de Renda:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Dependente para fins de salário família:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

DEPENDENTE 05		
Nome:		
Grau de dependente:		
Data de Nascimento:		
CPF:		
Dependente para dedução de Imposto de Renda:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Dependente para fins de salário família:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

DEPENDENTE 06

Nome:

Grau de dependente:

Data de Nascimento:

CPF:

Dependente para dedução de Imposto de Renda:

 Sim Não

Dependente para fins de salário família:

 Sim Não**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 e são da minha inteira responsabilidade.

Além disso, fui informado que se houver qualquer alteração nesta Declaração, a mesma deverá ser modificadas 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 20

Assinatura do Prestador de Serviço Autonomo