



FORMULÁRIO ADMISSSIONAL

| | | | | | | |
|----------------|-------------------------|--|--------------------------|--|-------------------|--|
| DADOS PESSOAIS | NOME: | | | | | |
| | UNIDADE: | | MATRICULA: | | | |
| | CARGO: | | | | DATA DE ADMISSÃO: | |
| | DATA DE NASCIMENTO: | | NATURALIDADE: | | | |
| | NACIONALIDADE: | | SEXO: | | COR/RAÇA: | |
| | PAI: | | | | | |
| | MÃE: | | | | | |
| | ENDEREÇO: | | | | | |
| | BAIRRO: | | CIDADE / UF: | | | |
| | ESCOLARIDADE: | | PORTADOR DE DEFICIÊNCIA: | | QUAL? | |
| | E-MAIL: | | | | | |
| | TELEFONE RESIDENCIAL: | | TELEFONE CELULAR: | | | |
| DOCUMENTOS | RG: | | ORGÃO EMISSOR / UF: | | EXPEDIÇÃO: | |
| | CPF: | | PIS: | | | |
| | CTPS/SÉRIE/UF: | | DATA DE EMISSÃO: | | | |
| | TITULO DE ELEITOR: | | ZONA/SEÇÃO: | | | |
| | CARTEIRA DE RESERVISTA: | | DATA DE EMISSÃO: | | | |
| | CONSELHO PROFISSIONAL: | | DATA DE EMISSÃO: | | | |



FORMULÁRIO ADMISSSIONAL

CHECK LIST

| RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA ADMISSÃO | | | | |
|---|---|--------|-------------|--|
| | DOCUMENTOS DO CANDIDATO | STATUS | RESPONSÁVEL | |
| DOCUMENTOS EXIGIDOS | Exame Médico Admissional | | | |
| | Certidão de regularidade no e-social: http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/index.xhtml ; Salvo casos de primeiro emprego, pois para estes a OS Viva Rio fará o cadastramento do PIS e emitirá a certidão de regularidade do ESocial. | | | |
| | Cópia Certidão de Nascimento ou Cópia Certidão Casamento | | | |
| | Cópia de diploma (histórico) de conclusão de curso | | | |
| | Cópia do RG (obrigatório) | | | |
| | Cópia do cartão CPF (obrigatório) | | | |
| | Cópia Título de eleitor | | | |
| | Carteira de Trabalho e Prev. Social (Original) e Cópia (frente e qualificação civil) | | | |
| | Cópia Certificado de Reservista | | | |
| | PIS – Apresentação da Inscrição | | | |
| | Cópia Comprovante de Residência de água, luz, gás ou telefone fixo (Emissão inferior a 90 dias - obrigatório) | | | |
| | Cópia Cartão do Banco Itaú para depósito de salário (caso não tenha conta, daremos o encaminhamento). | | | |
| | Cópia do Conselho Profissional | | | |
| | Cópia do comprovante de pagamento do ano corrente do Conselho Profissional | | | |
| | Certidão Negativa emitida pelo conselho profissional | | | |
| | 1 foto 3x4. | | | |
| | CNIS (Exigido somente para Agentes Comunitário de saúde). | | | |
| | Cópia Caderneta ou atestado de vacinação do profissional, principalmente Vacina Dupla – Tétano e Difteria e Vacina para Hepatite B e Covid-19 | | | |
| | DEPENDENTES | | | |
| | Cópia Certidão de Nascimento (filhos até 21 anos). | | | |
| | Cópia Caderneta de Vacinação (filhos até 6 anos). | | | |
| | Comprovante de escolaridade dos filhos até 14 anos. | | | |
| | Cópia do CPF dos todos os dependentes. Obrigatório. | | | |
| Obs: somente serão recebidos mediante a apresentação de todos os documentos do dependente | | | | |



FORMULÁRIO ADMISSIONAL DECLARAÇÕES

DECLARAÇÃO DE SALÁRIO FAMÍLIA

| | | | |
|--------------|--|----------------------------|--|
| NOME: | | | |
| CPF: | | DATA DE NASCIMENTO: | |

DEPENDENTES PARA SALÁRIO FAMÍLIA (Filhos com menos de 14 anos de idade)

| Nome Completo dos Dependentes | Data nascimento |
|--------------------------------------|------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos ou ocorrências que determinem a perda do direito ao salário-família.

Óbito de filho / Cessação da invalidez de filho inválido / Cessação da invalidez de filho inválido / Sentença judicial que determine o pagamento a outrem / Casos de desquite ou separação, abandono de filho ou perda do pátrio poder).

Estou ciente, ainda, de que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar à devolução das importâncias indevidas, sujeitar-me-á às penalidades previstas no art. 171 do Código Penal e à rescisão do contrato de trabalho, por justa causa, nos termos do art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura: _____



FORMULÁRIO ADMISSIONAL DECLARAÇÕES

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA FONTE

| | | | |
|--------------|--|----------------------------|--|
| NOME: | | | |
| CPF: | | DATA DE NASCIMENTO: | |

| DEPENDENTE PARA FINS DE DEDUÇÃO | | | |
|---------------------------------|------------|--------------------|-----|
| NOME | PARENTESCO | DATA DE NASCIMENTO | CPF |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Podem ser dependentes, para efeito do imposto sobre a renda: 1 - companheiro(a) com quem o contribuinte tenha filho ou viva há mais de 5 anos, ou cônjuge; 2 - filho(a) ou enteado(a), até 21 anos de idade, ou, em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; 3 - filho(a) ou enteado(a), se ainda estiverem cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, até 24 anos de idade; 4 - irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, de quem o contribuinte detenha a guarda judicial, até 21 anos, ou em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; 5 - irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, com idade de 21 anos até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até os 21 anos; 6 - pais, avós e bisavós que, em 2017, tenham recebido rendimentos, tributáveis ou não, até R\$ 22.847,76; 7 - menor pobre até 21 anos que o contribuinte crie e eduque e de quem detenha a guarda judicial; 8 - pessoa absolutamente incapaz, da qual o contribuinte seja tutor ou curador. (Fonte: Receita Federal em 11/09/2018)

DATA ____/____/____

ASSINATURA: _____



FORMULÁRIO ADMISSIONAL DECLARAÇÕES

DECLARAÇÃO DE OUTRO VINCULO EMPREGATÍCIO

| | | | |
|-------|--|---------------------|--|
| NOME: | | | |
| CPF: | | DATA DE NASCIMENTO: | |

Declaro estar ciente que em caso de possuir mais de um vínculo empregatício, deve ser encaminhado até dia 05 de todo mês o comprovante de recolhimento do INSS do outro vínculo empregatício para atendimento@vivario.org.br.

Responsabilizo-me pela veracidade das informações prestadas acima e autorizo a verificação dos dados, por intermédio da empresa.

Empresa: _____

CNPJ: _____

Data de admissão: ____/____/____

Carga horária: _____

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura: _____



FORMULÁRIO ADMISSIONAL DECLARAÇÕES

| | | | |
|--------------|--|----------------------------|--|
| NOME: | | | |
| CPF: | | DATA DE NASCIMENTO: | |

Tem o Cartão Rio Card? () Sim () Não

Possui Bilhete Único? () Sim () Não

Nº Cartão RioCard: _____

(caso haja CPF vinculado na Fetranspor será solicitado segunda via no valor de R\$ 28,35)

() OPTO PELO VALE TRANSPORTE () NÃO OPTO PELO VALE TRANSPORTE

| TRANSPORTES UTILIZADOS POR DIA | | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|----------------|
| Da residência para o Trabalho | | Do trabalho para casa | |
| Transporte | Valor da passagem | Transporte | Valor passagem |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Transportes: 1.Barcas /2.Metrô /3.Ônibus Municipal / 4.Ônibus intermunicipal /5.Trem / 6.Integração

1. Ciente da minha participação referente ao desconto e percentual que me cabe em meu contracheque, nos termos da Lei nº 7.418, de 16 de dezembro de 1985, forneço acima as informações necessárias para o recebimento do VALE-TRANSPORTE.

2. Comprometo-me a utilizar o VALE-TRANSPORTE exclusivamente para os deslocamentos residência-trabalho-residência, bem como a manter atualizadas as informações acima prestadas. Declaro, ainda, que as informações supracitadas são a expressão da verdade, ciente de que o erro nas mesmas, ou o uso indevido do vale, constituirá falta grave, ensejando punição, nos termos da legislação específica.

DATA ____/____/____ ASSINATURA:_____



FORMULÁRIO ADMISSIONAL DECLARAÇÕES

DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIO DO VALE ALIMENTAÇÃO OU REFEIÇÃO

| | | | | | |
|----------|-------|------------|-------|-------------|----------------|
| Nome: | _____ | Matrícula: | _____ | | |
| CPF: | _____ | RG: | _____ | Data Nasc.: | ____/____/____ |
| Endereço | _____ | Nº | _____ | | |
| Bairro: | _____ | Cidade/UF | _____ | | |
| Cep: | _____ | Telefone: | _____ | | |
| Unidade: | _____ | E-mail: | _____ | | |

Declaro que opto por:

() Vale Refeição

() Vale Alimentação

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura: _____



FORMULÁRIO ADMISSIONAL

TERMO DE RESPONSABILIDADE POR INFORMAÇÕES BANCÁRIAS

Eu, _____,

RG nº: _____,

CPF nº: _____,

Funcionário da Instituição Viva Rio, na Unidade _____

informo os dados bancários abaixo para recebimento de proventos a serem realizados pela OS Viva Rio, tais como salários, reembolsos e demais créditos provenientes das minhas atividades laborais:

Banco: _____

Agência: _____

Conta Bancária: _____

Será rejeitado o crédito do pagamento em contas inativas, bloqueadas e/ou sem movimentação. Da mesma forma, a ausência das informações bancárias ou a apresentação de informações inválidas (conta salário da outra empresa, conta conjunta ou conta poupança), implicarão na rejeição dos valores pelo Banco e impossibilidade de quitação pela OS Viva Rio.

Declaro, ainda, que são de minha inteira responsabilidade as informações bancárias acima apresentadas, sendo uma conta corrente individual de minha titularidade apta para recebimentos de créditos bancários.

_____, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA



FICHA CADASTRAL NO CNES

| | | | |
|---|-------------------------|---------------|---|
| Nome Completo | | | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Endereço | | | CEP |
| Bairro | Município | | UF |
| Email | Celular | Telefone Fixo | |
| Nome da Mãe | | | |
| Nome do pai | | | |
| Identidade | Órgão Expedidor | UF | Data da Expedição |
| Registro do Conselho | Órgão Expedidor | UF | Data da Expedição |
| CPF | PIS/PASEP | | Data de Nascimento |
| Nacionalidade | Município de nascimento | | UF |
| Escolaridade <input type="checkbox"/> 1-FUNDAMENTAL INCOMPLETO 2-FUNDAMENTAL COMPLETO 3-MÉDIO INCOMPLETO 4-MÉDIO COMPLETO 5-SUPERIOR INCOMPLETO 6-SUPERIOR COMPLETO | | | |

ESTRANGEIRO

| | | | |
|----------------|-------------------------|-----------------------|-------------|
| País de Origem | Data da Entrada no País | Data da Naturalização | Portaria Nº |
|----------------|-------------------------|-----------------------|-------------|

DADOS DE ADMISSÃO/LOTAÇÃO

| | | | | |
|---|---------------|---|---|-----------|
| Cargo/Especialidade | Carga Horária | <input type="checkbox"/> Mudança Data da Mudança: / / | Regime Jurídico <input type="checkbox"/> Estatutário <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Bolsista | Matrícula |
| Instituição/Órgão <input type="checkbox"/> Comlurb <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> FNS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> SES <input type="checkbox"/> OS _____ | | Nome da Unidade de Lotação | | |
| Nome da Equipe de Lotação | Admissão* | Lotação na Unidade* | Entrada em Exercício** | |

DADOS DE TRANSFERÊNCIA/LOTAÇÃO

| | | | |
|-----------------------------|---------------------|-----------------|------------------------|
| Nome da Unidade da Atual: | Data transferência* | Nome da equipe* | Entrada em Exercício** |
| Nome da Unidade da destino: | | | |

*As datas devem estar de acordo com o memorando da OS

**Para preenchimento do gerente*

PARA PREENCHIMENTO DA CAP

| | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Forma de envio: <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Protocolo | Data da apresentação na CAP | Data da entrada na DICA | Data do lançamento no SCNES |
|---|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|

OBS. Dados válidos após conferência da CAP