



FORMULÁRIO ADMISSIONAL

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 ADMISSIONAL CHECK LIST

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA ADMISSÃO				
	DOCUMENTOS DO CANDIDATO	STATUS	RESPONSÁVEL	
DOCUMENTOS EXIGIDOS	1 - Exame Médico Admissional			
	2 - 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.			
	3 - Cópia Certidão de Nascimento ou Cópia Certidão Casamento			
	4 - Cópia de diploma/histórico ou declaração de conclusão de curso			
	5 - Cópia do RG (obrigatório)			
	6 - Cópia do cartão CPF (obrigatório)			
	7 - Cópia Título de eleitor (obrigatório)			
	8 - Carteira de Trabalho e Prev. Social (Original) e Cópia (frente e qualificação civil) ou print da Carteira de trabalho digital (obrigatório)			
	9 - Cópia Certificado de Reservista (obrigatório para sexo masculino até 45 anos)			
	10 - PIS – Apresentação da Inscrição ou Esocial – (obrigatório – exceto para primeiro emprego)			
	11 - Cópia Comprovante de Residência de água, luz, gás ou telefone movel, declaração de associação de moradores (Emissão inferior a 90 dias - obrigatório);			
	12 - Cópia Cartão ou Print do APP, onde consta número da agencia e conta do Banco Itaú para depósito de salário (caso não tenha conta, daremos o encaminhamento).			
	13 - Cópia do Conselho Profissional (para área técnica, exceto auxiliar/técnico de farmácia)			
	14 – Declaração do conselho profissional informando regularidade profissional com quitação de pagamento de anuidade (FARMACEUTICO, EDUCADOR FISICO, TERAPEUTA OCUPACIONAL)			
	15 - Certidão Negativa emitida pelo conselho profissional (MÉDICO, ENFERMEIRO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, DENTISTA, AUX. DE SAÚDE BUCAL, PSICÓLOGO, ASSISTENTE SOCIAL, NUTRICIONISTA)			
	16 - 1 foto 3x4 – (a foto poderá ser tirada direto do celular, com o fundo claro).			
	17 - CNIS (Exigido somente para Agentes Comunitário de saúde).			
	18 - Cópia Caderneta ou atestado de vacinação do profissional, principalmente Vacina Dupla – Tétano e Difteriae (obrigatório), Vacina para Hepatite B (obrigatório) e Covid-19 (não obrigatório)			
	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 preenchido até dia 10 de todo mês, o formulário através do link a seguir juntamente com o comprovante de recolhimento do INSS do outro vínculo empregatício.

<https://docs.google.com/forms/d/1BX4cqDXNr5AELPAhIhzCOC2mKUXqsE330ed4680rL10/closedform>

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\$ 30,10)

() 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