

Caro (a) Senhor (a),

Em virtude da implantação do sistema eSocial, solicita-se que sejam preenchidos, corretamente, todos os campos do presente formulário e que sejam anexadas cópias dos documentos informados.

O preenchimento correto é de suma importância para que a Empresa possa cumprir sua obrigação como tomador de seus serviços, perante a si mesmo e ao Governo Federal.

DADOS DO TRABALHADOR			
01	CPF:	02	PIS/PASEP/NIT:
03	Nome do Trabalhador:		
04	Sexo: (<input type="checkbox"/>) M – Masculino; (<input type="checkbox"/>) F – Feminino.		
05	Raça e Cor: (<input type="checkbox"/>) 1 – Branca; (<input type="checkbox"/>) 2 – Preta; (<input type="checkbox"/>) 3 – Parda; (<input type="checkbox"/>) 4 – Amarela; (<input type="checkbox"/>) 5 – Indígena.		
06	Estado civil: (<input type="checkbox"/>) 1 - Solteiro (<input type="checkbox"/>) 2 - Casado (<input type="checkbox"/>) 3 - Divorciado (<input type="checkbox"/>) 4 – Separado (<input type="checkbox"/>) 5 - Viúvo		
07	Informe seu grau de instrução, assinale no quadro abaixo:		
<input type="checkbox"/> 01 - Analfabeto, inclusive o que, embora tenha recebido instrução, não se alfabetizou. <input type="checkbox"/> 02 - Até o 5º ano incompleto do Ensino Fundamental (antiga 4ª série) ou que se tenha alfabetizado sem ter frequentado escola regular. <input type="checkbox"/> 03 - 5º ano completo do Ensino Fundamental. <input type="checkbox"/> 04 - Do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental incompleto (antiga 5ª a 8ª série). <input type="checkbox"/> 05 - Ensino Fundamental Completo. <input type="checkbox"/> 06 - Ensino Médio incompleto. <input type="checkbox"/> 07 - Ensino Médio completo. <input type="checkbox"/> 08 - Educação Superior incompleta <input type="checkbox"/> 09 - Educação Superior completa. <input type="checkbox"/> 10 - Pós-Graduação completa. <input type="checkbox"/> 11 - Mestrado completo.			
08	Nome Social:		
09	Data de nascimento:		
10	Município do Nascimento:	11	UF:
12	País de Nascimento:	13	País de Nacionalidade:
14	Nome da mãe:		
15	Nome do pai:		

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO					
16	Número da CTPS:	17	Série:	18	UF:
19	Assinale o tipo de documento de identificação apresentado:				
<input type="checkbox"/> RIC – Registro de Identidade Único <input type="checkbox"/> RG – Registro Geral <input type="checkbox"/> RNE – Registro Nacional de Estrangeiro					

**CADASTRO DO TRABALHADOR**

20	Número do documento:	21	Data de Expedição:		
22	Órgão Emissor:	23	UF:		
Informações do número de registro em Órgão de Classe (OC)					
24	Número de Inscrição:	25	Órgão: CRM	26	UF:
27	Data da Expedição:	28	Data de Validade: PERMANENTE		
Informações da Carteira Nacional de Habilitação (CNH)					
29	Número do Registro:	30	Data da Expedição:		
31	UF:	32	Data de Validade:		
33	Data da primeira habilitação:	34	Categoria da CNH:		
ENDEREÇO DO TRABALHADOR (residente no país)					
35	Endereço:				
36	Número:	37	Complemento:		
38	Bairro:	39	Município:		
40	CEP:	41	UF:		
ENDEREÇO DO TRABALHADOR (residente no exterior)					
42	País:				
43	Endereço:				
44	Número:	45	Complemento:		
46	Bairro:	47	Cidade:	48	Código Postal:

Informações do Trabalhador Estrangeiro

49	Data da Chegada ao Brasil:
50	Classificação da condição de ingresso do trabalhador estrangeiro no Brasil: <input type="checkbox"/> 1 - Visto permanente. <input type="checkbox"/> 2 - Visto temporário. <input type="checkbox"/> 3 - Asilado. <input type="checkbox"/> 4 - Refugiado. <input type="checkbox"/> 5 - Solicitante de Refúgio. <input type="checkbox"/> 6 - Residente fora do Brasil. <input type="checkbox"/> 7 - Deficiente físico e com mais de 51 anos. <input type="checkbox"/> 8 - Com residência provisória e anistiado, em situação irregular. <input type="checkbox"/> 9 - Permanência no Brasil em razão de filhos ou cônjuge brasileiros. <input type="checkbox"/> 10 - Beneficiado pelo acordo entre países do Mercosul. <input type="checkbox"/> 11 - Dependente de agente diplomático e/ou consular de países que mantém convênio de reciprocidade para o exercício de atividade remunerada no Brasil. <input type="checkbox"/> 12 - Beneficiado pelo Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre a República Federativa do Brasil e a República Portuguesa.
51	Casado(a) com Brasileiro (a): <input type="checkbox"/> Sim; <input type="checkbox"/> Não.
52	Filho (as) Brasileiro(as): <input type="checkbox"/> Sim; <input type="checkbox"/> Não.

Informação de Pessoa com Deficiência

53	Deficiência Física: <input type="checkbox"/> Sim; <input type="checkbox"/> Não.	54	Deficiência Visual: <input type="checkbox"/> Sim; <input type="checkbox"/> Não
55	Deficiência Auditiva: <input type="checkbox"/> Sim; <input type="checkbox"/> Não.	56	Deficiência Mental: <input type="checkbox"/> Sim; <input type="checkbox"/> Não.
57	Deficiência Intelectual: <input type="checkbox"/> Sim; <input type="checkbox"/> Não.	58	Trabalhador Reabilitado: <input type="checkbox"/> Sim; <input type="checkbox"/> Não.

Informações de Dependentes

59	Informe quantos são seus dependentes, assinalando a quantidade no quadro abaixo: <input type="checkbox"/> 01 - Cônjuge. <input type="checkbox"/> 02 - Companheiro(a) com o(a) qual tenha filho ou viva há mais de 5 (cinco) anos ou possua Declaração de União Estável. <input type="checkbox"/> 03 - Filho(a) ou enteado(a). <input type="checkbox"/> 04 - Filho(a) ou enteado(a), universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau. <input type="checkbox"/> 06 - Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial. <input type="checkbox"/> 07 - Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, do(a) qual detenha a guarda judicial . <input type="checkbox"/> 09 - Pais, avós e bisavós. <input type="checkbox"/> 10 - Menor pobre do qual detenha a guarda judicial. <input type="checkbox"/> 11 - A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador <input type="checkbox"/> 12 - Ex-cônjuge. <input type="checkbox"/> 99 - Agregado/Outros.
----	--

Informações dos Dependentes			
60	Tipo:	Nome:	
61	Data de Nascimento:	62	CPF:
63 Dependente tem incapacidade física o mental para o trabalho: (___) Sim; (___) Não.			
64	Tipo:	Nome:	
65	Data de Nascimento:	66	CPF:
67 Dependente tem incapacidade física o mental para o trabalho: (___) Sim; (___) Não.			
68	Tipo:	Nome:	
69	Data de Nascimento:	70	CPF:
71 Dependente tem incapacidade física o mental para o trabalho: (___) Sim; (___) Não.			
72	Tipo:	Nome:	
73	Data de Nascimento:	74	CPF:
75 Dependente tem incapacidade física o mental para o trabalho: (___) Sim; (___) Não.			
76	Tipo:	Nome:	
77	Data de Nascimento:	78	CPF:
79 Dependente tem incapacidade física o mental para o trabalho: (___) Sim; (___) Não.			
80	Tipo:	Nome:	
81	Data de Nascimento:	82	CPF:
83 Dependente tem incapacidade física o mental para o trabalho: (___) Sim; (___) Não.			
84	Tipo:	Nome:	
85	Data de Nascimento:	86	CPF:
87 Dependente tem incapacidade física o mental para o trabalho: (___) Sim; (___) Não.			

Informações Complementares			
89	Trabalhador é aposentado por tempo de contribuição ou por idade: (___) Sim; (___) Não.		
90	Telefone principal: (____)	91	Telefone alternativo: (____)
92	e-mail principal:	93	e-mail alternativo:

Documentos a serem apresentados, anexados ao formulário devidamente preenchido:

Deverão ser apresentadas cópias dos seguintes documentos:

- Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);
- Título de Eleitor;
- Certidão de Alistamento Militar/Reservista;
- Cartão do PIS/PASEP/NIT;

- Documento de identidade;
- Certidão de casamento;
- Comprovante de endereço;
- Comprovante de Escolaridade;
- Certidão de Nascimento dos dependentes;
- CPF dos dependentes;
- Qualificação Civil;
- Cópia da CNH (especificamente para o cargo de motorista).

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que as informações constantes deste formulário são verdadeiras e condizentes com a realidade dos fatos à época.

Declaro que tenho ciência que qualquer alteração nos dados preenchidos no presente formulário deve ser comunicada de imediato, por escrito, com a apresentação de documentos comprobatórios.

Declaro estar ciente de que a inexatidão das informações prestadas ou a omissão de informações se constitui em falta punível, de acordo com a legislação trabalhista vigente, sem prejuízo da aplicação das penalidades cíveis e penais.

_____, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Trabalhador