



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GOTARDO

CNPJ: 18.602.037/0001-55 – Insc. Est. Isento

São Gotardo – Minas Gerais



FORMULÁRIO DE CADASTRO DE TRABALHADOR PARA O e – Social

Este formulário tem como objetivo a atualização do cadastro da folha de pagamento conforme **exigência do e-Social**. O e-Social é um programa do governo federal obrigatório, para envio de informações e obrigações fiscais, trabalhistas e previdenciárias. Por isso, **o correto preenchimento** de todos os campos deste formulário é de crucial importância.

Deste modo solicitamos o preenchimento abaixo com atenção e sem rasuras. (FAVOR LER COM ATENÇÃO TODOS OS CAMPOS)

DADOS DO TRABALHADOR (o nome deve ser preenchido idêntico ao CPF, cadastro da Receita Federal):

Nome: _____

CPF: _____ nº PIS/PASEP: _____ Nacionalidade: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Local de nascimento: _____ UF: ____

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () União Estável () Outros

Sexo: () Masculino () Feminino

Raça e Cor: () Indígena () Branca () Negra () Amarela de origem japonesa, coreana etc. () Parda (parda ou declarada como mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de negro com pessoa de outra cor ou raça)

Tipo Sanguíneo: _____

DADOS COMPLEMENTARES DO TRABALHADOR:

Endereço: _____

Número _____ Complemento: _____ Bairro _____

Cidade: _____ CEP: _____

Residência própria: () Sim () Não

Comprada com recursos do FGTS: () Sim () Não

INFORMAÇÕES DE CONTATO DO TRABALHADOR:

Telefone: Fixo () _____ Celular 1 () _____ Celular 2 () _____

e-mail 1: _____ e-mail 2: _____

Secretaria: _____ Local de trabalho: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GOTARDO

CNPJ: 18.602.037/0001-55 – Insc. Est. Isento
São Gotardo – Minas Gerais

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR:

Nº da CTPS: _____ Série: _____ UF: _____ Data Emissão: ____/____/____

Nº do RG: _____ Data de Expedição: ____/____/____ Órgão Expedidor: _____

Nº da CNH: _____ Categoria: _____ Emissão: ____/____/____ Validade: ____/____/____

Nº do Título de Eleitor: _____ Seção: _____ Zona: _____

Nº do Certificado de Reservista: _____ Série: _____ Dispensa: ____/____/____

Conselho de Classe (cargo de nível superior): _____

nº do Registro: _____ Data de Validade: ____/____/____

ESCOLARIDADE DO TRABALHADOR:

- () 01 – Analfabeto
- () 02 – Até a 4ª série incompleta do ensino fundamental (antigo 1º grau ou primário), ou que tenha se alfabetizado sem ter freqüentado escola regular
- () 03 – 4ª série completa do ensino fundamental (antigo 1º grau ou ginásio)
- () 04 – Da 5ª a 8ª série do ensino fundamental (antigo 1º grau ou ginásio)
- () 05 – Ensino fundamental completo (antigo 1º grau, primário ou ginásio)
- () 06 – Ensino médio incompleto (antigo 2º grau, secundário ou colegial)
- () 07 – Ensino médio completo (antigo 2º grau, secundário ou colegial)
- () 08 – Educação Superior incompleta
- () 09 – Educação Superior completa
- () 10 – Pós Graduação
- () 11 – Mestrado
- () 12 – Doutorado

Possui algum curso técnico ou especialização? () Sim () não

Se sim, qual? _____

TRABALHADOR ESTRANGEIRO

Data da chegada do trabalhador ao Brasil, em caso de estrangeiro: ____/____/____

Data de naturalização brasileira em caso de estrangeiro naturalizado: ____/____/____

Condição de casado com brasileiros em ;caso de trabalhador estrangeiro: () Sim () Não



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GOTARDO

CNPJ: 18.602.037/0001-55 – Insc. Est. Isento
São Gotardo – Minas Gerais

PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Deficiência motora: () Sim () Não Deficiência visual: () Sim () Não

Deficiência auditiva: () Sim () Não Reabilitado: () Sim () Não

Observações: _____

DEPENDENTES PARA IMPOSTO DE RENDA: (ANEXAR CERTIDÃO DE NASCIMENTO E CPF DE TODOS OS DEPENDENTES)

Tipo	Nome	CPF*	Dt.Nascimento	Estudante (S/N)

*O CPF deverá ser informado independente da idade.

DEPENDENTES PARA SALÁRIO FAMÍLIA: (ANEXAR COMPROVANTE DE ESCOLARIDADE, CARTÃO DE VACINA, CERTIDÃO DE NASCIMENTO E FORMULÁRIO PARA SALÁRIO FAMÍLIA DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO).

Tipo	Nome	CPF	Dt.Nascimento	Estudante (S/N)

OUTROS VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS / TRABALHISTAS

Possui outro emprego () Sim () Não - Se sim, favor preencher os dados do emprego abaixo.

Local: _____

CNPJ: _____ Remuneração mensal: _____

Comentários: _____

Local: _____

CNPJ: _____ Remuneração mensal: _____

Comentários: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GOTARDO

CNPJ: 18.602.037/0001-55 – Insc. Est. Isento
São Gotardo – Minas Gerais

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.

Declaro que estou ciente de que se houver qualquer alteração dos dados ou informações constantes neste formulário, os mesmos deverão ser informados 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 _____

Assinatura do Trabalhador