



FICHA CADASTRAL

Foto

Dados Pessoais

Matricula:	Unidade:	Data de Admissão:	1º Emprego () sim () não
Nome:	Data de Nasc: / /		Sexo () F () M
End:	Bairro:	Cidade:	
Número:	Cep:	Raça/cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena	
Telefone Casa:	Celular:	Recado:	Falar com:
Email:			
Naturalidade:	Nacionalidade:	Estado Civil:	Nº de filhos:
RG:	Orgão Emissor:	Data de Expedição: / /	
CPF:	Reservista Nº:	Conselho:	UF:
Titulo de Eleitor:	Zona:	Seção:	
Carteira de Trabalho:	Série:	<small>DATA EMISSÃO CTPS</small> ____/____/____	PIS/PASEP:
Possui outro vínculo empregatício:	Sim() Não()	Carga Horária	
Nome do Pai:	Profissão:		Data de Nasc:
Nome da Mãe:	Profissão:		Data de Nasc:
Nome do Cônjuge:	Profissão:		Data de Nasc:
Dependentes	Grau de Parentesco		Data de Nasc.

Escolaridade

() 1º Grau	() 2º Grau	() 3º Grau	() Pos - Graduação	() Mestrado	() Doutorado
() Cursando	() Completo	() Incompleto/Trancado			
Nome da Instituição:			Curso:		
Data de Início: / /			Data de Término: / /		
Você já conhecia o Viva Rio ? () Não () Sim - Através de _____			Já trabalhou no Viva Rio? () Não () Sim Se positivo, qual modalidade de contrato? () CLT () RPA () PJ () Terceirizado		
Você foi Indicado? () Não () Sim - Quem _____			Possui parentes no Viva Rio? () Não () Sim - Nome _____		

Colaborador

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

VIVA RIO

CNPJ – 00.343.941/0001-28

Nome:

Matrícula:

Est.Civil:

CPF:

Endereço:

Carteira de Trabalho - Número:

Série:

Estado:

Para fins da legislação do imposto de renda, declaro que são meus dependentes as pessoas relacionadas abaixo:

<i>Nome</i>	<i>Data de nascimento</i>	<i>Parentesco</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Cientes da proibição da dedução de um mesmo dependente por ambos os cônjuges, declaramos sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de nossa inteira responsabilidade, não cabendo a fonte pagadora nenhuma responsabilidade perante a fiscalização

Local e data

Empregado

Cônjuge

Data Recebimento

Empregador

**Declaração de Atividades Simultânea
(Duplo Vínculo Empregatício)**

VIVA RIO

CNPJ – 00.343.941/0001-28

Nome:

Matrícula:

Est.Civil:

CPF:

Endereço:

Carteira de Trabalho - Número:

Série:

Estado:

**Informo que em relação a possuir ou não duplo vínculo empregatício,
declaro que: () Possuo () Não Possuo**

Nome da Empresa

Data de Admissão:

Esta declaração é de responsabilidade do funcionário e tem a finalidade de informações previdenciárias e deve ser encaminhada junto com cópia de contracheque ou declaração da empresa, comprovando o duplo vínculo. Qualquer alteração contratual com a outra empresa também deve ser informada.

Local e data

Empregado

**Eu, _____ portador da CTPS N° _____
SÉRIE _____, tomo ciência que todo início do mês até dia 15, devo encaminhar o recolhimento do INSS do outro vínculo empregatício para o analista responsável pela folha de pagamento da Unidade de lotação.**

Colaborador



*Nome: _____

*Unidade: _____ *MAT. _____

*Cargo: _____ * Data Admissão: _____

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA ADMISSÃO

- ✓ () **Email:** _____
- ✓ () Exame Médico Admissional
- ✓ () Cópia Identidade
- ✓ () Cópia Certidão de Nascimento ou Cópia Certidão Casamento
- ✓ () Cópia CPF do cônjuge
- ✓ () Cópia de diploma (histórico) de conclusão de curso - ESCOLARIDADE
- ✓ () Cópia do Conselho Profissional
- ✓ () Cópia do comprovante de pagamento do Conselho Profissional ou Certidão Negativa emitida pelo Órgão competente
- ✓ () Cópia CPF
- ✓ () 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
- ✓ () Cópia Cartão do Banco para depósito de salário (somente Itaú – caso não tenha conta , daremos a carta de encaminhamento)
- ✓ () Duplo Vínculo - Caso tenha outro vínculo ativo, se faz necessário cópia do contra-cheque do mês vigente ou recibo de pagamento de autônomo desde que tenha a declaração de horário de trabalho semanal e expediente
- ✓ () Cópia do comprovante de pagamento de contribuição sindical , ref ano 2017. Caso já tenha sido contribuído.
- ✓ () 1 fotos 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
- ❖ () Cópia Certidão de Nascimento (filhos ate 21 anos)
- ❖ () Cópia de documentação para dependente de IR
- ❖ () Cópia Caderneta de Vacinação (filhos até 6 anos)
- ❖ () Comprovante de escolaridade dos filhos até 14 anos

Atesto RH:

Analista:

Data:

*Dados Preenchidos pelo Departamento Pessoal



DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIO DO VALE TRANSPORTE

() OPTO PELO VALE TRANSPORTE

() NÃO OPTO PELO VALE TRANSPORTE

Empresa: VIVA RIO	CNPJ: 00.343.941/0001-28
Endereço: LADEIRA DA GLÓRIA, 99	Localidade: GLÓRIA- RJ

Empregado:			MATRICULA:
Res.(logradouro e nº)			Bairro
Cep:	Cidade:	Est.	Telefone:
CPF:	Data de Nascimento:	CAP:	Unidade:

TRANSPORTES UTILIZADOS POR DIA			
DA RESIDÊNCIA PARA O TRABALHO		DO TRABALHO PARA A RESIDÊNCIA	
CÓDIGO	PREÇO DA PASSAGEM	CÓDIGO	PREÇO DA PASSAGEM

Códigos:

1 - Barcas

4 - Ônibus intermunicipal

2 - Metrô

5 - Trem

3 - Ônibus Municipal

6 - Integração

Possui Bilhete Único? () Não () Sim Nº: _____

I - 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.

II - 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.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20__.

ASSINATURA DO COLABORADOR



RECIBO DE CTPS

Nome completo do colaborador:

CTPS: Nº _____ Série: _____

Recebi a devolução a Carteira de Trabalho supra discriminada com as devidas anotações.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Colaborador



PROTOCOLO CONFECCÃO DE CRACHÁ

Nome:	
Matrícula:	PIS:
Data de Admissão:	Cargo:
Unidade:	Setor:
Tipo Sanguíneo:	Fator rh:
Alergia á Medicação:	

PROTOCOLO CONFECCÃO DE CRACHÁ

Matricula:
Nome:
Declaro que recebi o crachá na data de hoje, e comprometo a utiliza-lo somente em meu ambiente de trabalho.
Rio de janeiro, ____ de _____ de ____.
Colaborador: