



Nome: \_\_\_\_\_

Unidade: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Data de 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
- ✓ ( ) 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 (caso não tenha conta, daremos o encaminhamento para o Banco Itaú).
- ✓ ( ) 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.
- ✓ ( ) 2 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 até 21 anos).
- ❖ ( ) Cópia Caderneta de Vacinação (filhos até 6 anos).
- ❖ ( ) Comprovante de escolaridade dos filhos até 14 anos.
- ❖ ( ) Cópia do CPF dos dependentes com 12 anos ou mais.
- ❖ ( ) Cópia de documentação para dependente de IR.

OBS:

- Para médicos, enfermeiros e demais cargos de nível superior, apresentar original e cópia da comprovação de conclusão do curso de pós-graduação em nível de mestrado ou doutorado serão aceitos e cópia do diploma ou certificado/declaração (este último acompanhado obrigatoriamente de histórico escolar que permita identificar o número de créditos obtidos, as disciplinas, cursadas e a indicação do resultado do julgamento da dissertação ou teste) de conclusão do curso.
- Pessoa com deficiência – o PCD deverá apresentar laudo original de sua deficiência com CID no momento do exame admissional, junto à empresa de medicina ocupacional para validação do documento. Este documento validado deverá ser apresentado no ato da entrega de documentos.

CADASTRO RM:

RESPONSÁVEL :

RECEBE SEGURO ( )

SINDICAL 2017 ( )

( ) e Social



## FICHA CADASTRAL

Matrícula: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Data de admissão: \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

Primeiro emprego? ( ) Sim ( ) Não

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Cidade de Nascimento/RJ: \_\_\_\_\_

País/Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Cor/Raça: ( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Não informado

Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Separado ( ) Viúvo

### Filiação

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

### Documentos:

CTPS Nº \_\_\_\_\_ Série/UF: \_\_\_\_\_ Data Expedição: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

PIS/PASEP: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_ Data de emissão: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Título de Eleitor: \_\_\_\_\_ Zona/Seção: \_\_\_\_\_

Número da CNH: \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_ UF emissor da CNH: \_\_\_\_\_

Expedição CNH: \_\_/\_\_/\_\_ Validade CNH: \_\_/\_\_/\_\_ Data da primeira habilitação: \_\_/\_\_/\_\_

Carteira Reservista nº: \_\_\_\_\_ Data Expedição: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Conselho Profissional nº Inscrição: \_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_

Data da expedição Cons. Prof.: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Data de validade Cons. Prof. \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

**Contato**

E-mail Principal: \_\_\_\_\_

E-mail Alternativo: \_\_\_\_\_

Telefone Res.: ( ) \_\_\_\_\_ Cel.:( ) \_\_\_\_\_ Recado: ( ) \_\_\_\_\_

**Grau de Instrução**

Escolaridade :

- ( ) Analfabeto
- ( ) Até o 5º ano incompleto do Ensino Fundamental
- ( ) 5º ano completo do Ensino Fundamental
- ( ) 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental incompleto
- ( ) Ensino Fundamental Completo
- ( ) Ensino Médio incompleto
- ( ) Ensino Médio completo
- ( ) Educação Superior incompleta
- ( ) Educação Superior completa
- ( ) Pós-Graduação completa
- ( ) Mestrado completo
- ( ) Doutorado completo

Curso: \_\_\_\_\_

Situação: ( ) Completo ( ) Cursando ( ) Incompleto ( ) Trancado

Cursos Complementares:

Conclusão:

1) \_\_\_\_\_ / /

2) \_\_\_\_\_ / /

3) \_\_\_\_\_ / /

4) \_\_\_\_\_ / /

5) \_\_\_\_\_ / /

**Informações do Trabalhador Estrangeiro**

Nº RNE \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ Data de Emissão \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de chegada ao Brasil: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Condição do Trabalhador Estrangeiro: ( ) Visto Permanente ( ) Visto Temporário ( ) Asilado ( ) Refugiado

( ) Solicitante de Refúgio ( ) Residente em país fronteiro ao Brasil ( ) Deficiente físico e com mais de 51 anos ( ) Com residência provisória e anistiado, em situação regular ( ) Permanência no Brasil, em razão de filhos ou cônjuges brasileiros ( ) Beneficiado pelo acordo entre países do MERCOSUL ( ) Dependente de agente diplomático ( ) Beneficiado pelo tratado de amizade Cooperação e a consulta entre a república federativa do Brasil e República Portuguesa

Casado com brasileiro (a): ( ) Sim ( ) Não

Indicar se o trabalhador estrangeiro tem filhos brasileiros: ( ) Sim ( ) Não

**Informações de Deficiências**

Deficiência:

( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Mental ( ) Intelectual

Informar Sim ou Não

Trabalhador é reabilitado (empregado) ou readaptado (servidor público/militar) ( ) Sim ( ) Não

Reabilitado: estando o empregado incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho ( ) Sim ( ) Não

Cumpriu Programa de Reabilitação Profissional no INSS, recebendo certificado, sendo proporcionado os meios indicados para participar do mercado de trabalho ( ) Sim ( ) Não

Readaptado, o servidor está investido em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental verificada em inspeção médica ( ) Sim ( ) Não

Observação: \_\_\_\_\_

**Informações de Aposentadoria**

Recebe o benefício previdenciário da aposentadoria por tempo de contribuição ou por idade: ( ) SIM ( ) NÃO

**Informações de Sindicato:**

É filiado de sindicato Profissional ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

CNPJ do Sindicato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Efetuuou o pagamento referente ao ano 2017? ( ) Sim ( ) Não Valor: R\$ \_\_\_\_\_ (anexar comprovante)

**Viva Rio:**

Você já conhecia o Viva Rio? ( ) Sim ( ) Não Através de? \_\_\_\_\_

Você foi indicado? ( ) Sim ( ) Não Por quem? \_\_\_\_\_

Já trabalhou no Viva Rio? ( ) Sim ( ) Não

Qual tipo de contrato? ( ) CLT ( ) RPA ( ) PJ ( ) Terceirizado

Possui parentes no Viva Rio? ( ) Sim ( ) Não Quem? \_\_\_\_\_

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

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_



**DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIO DO VALE  
ALIMENTAÇÃO OU REFEIÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Unidade: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

**Declaro que opto pelo:**

**Vale Refeição**

**Vale Alimentação**

Rio de Janeiro, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



## DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIO DO VALE TRANSPORTE

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

Nome: _____	Matrícula: _____	
CPF: _____	RG: _____	Data Nasc.: ____/____/____
Endereço: _____	Nº _____	
Bairro: _____	Cidade/UF: _____	
Cep: _____	Telefone: _____	
Unidade: _____	CAP: _____	

### Transportes utilizados por dia:

Da residência para o trabalho		Do trabalho para residência	
Transporte	Valor da passagem	Transporte	Valor da passagem

Transportes:

1 – Barcas 2 – Metrô 3 - Ônibus Municipal 4 - Ônibus intermunicipal 5 – Trem 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, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



## DECLARAÇÃO DE ENCARGOS DE FAMÍLIA PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

Em obediência à legislação do Imposto de Renda – Dec. 3000/99 e IN RFB 1.500/14 – informo que tenho como encargo de família, as pessoas abaixo relacionadas:

### DEPENDENTES CONSIDERADOS COMO ENCARGO DE FAMÍLIA

Nome Completo dos Dependentes	Código eSocial	Data nascimento	CPF (pessoas com 08 anos ou mais)

Declaro sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo à empresa/órgão qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

<b>DECLARANTE:</b> _____
<b>ESTADO CIVIL:</b> _____
<b>CPF:</b> _____
<b>ENDEREÇO:</b> _____
<b>CIDADE:</b> _____

(local e data):

Assinatura: \_\_\_\_\_ Ciente do Cônjuge (\*): \_\_\_\_\_  
**(\* o ciente do cônjuge é obrigatório no caso de dependentes em comum – IN RFB 1.500/14 artigo 90, parágrafo 6º.**

**\*\*\* Sempre que houver alteração esta declaração deve ser renovada pelo trabalhador \*\*\***

CÓDIGO eSocial	DEPENDENTES – ESOCIAL
01	Cônjuge
02	Companheiro (a) com o(a) qual tenha filho ou viva há mais de 5 (cinco) anos (inclusive homoafetivos)
03	Filho(a) ou enteado(a) até 21 (vinte e um) anos;
04	Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos;
05	Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
06	Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial, até 21 (vinte e um) anos;
07	Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, com idade até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de nível superior ou escola técnica de 2º grau, desde que tenha detido sua guarda judicial até os 21 anos;
08	Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial, em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
09	Pais, avós e bisavós;
10	Menor pobre, até 21 (vinte e um) anos, que crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
11	A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador;
12	Ex-cônjuge que Receba Pensão de Alimentos.



IN RFB 1.500/14

**Art. 90. Podem ser considerados dependentes:**

*I - o cônjuge;*

*II - o companheiro ou a companheira, desde que haja vida em comum por mais de 5 (cinco) anos, ou por período menor se da união resultou filho;*

*III - a filha, o filho, a enteada ou o enteado, até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;*

*IV - o menor pobre, até 21 (vinte e um) anos, que o contribuinte crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;*

*V - o irmão, o neto ou o bisneto, sem arrimo dos pais, até 21 (vinte e um) anos, desde que o contribuinte detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;*

*VI - os pais, os avós ou os bisavós, desde que não auferam rendimentos, tributáveis ou não, superiores ao limite de isenção mensal;*

*VII - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.*

*§ 1º As pessoas elencadas nos incisos III e V do caput podem ser consideradas dependentes quando maiores até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se estiverem cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de 2º (segundo) grau.*

*§ 2º Os dependentes comuns podem, opcionalmente, ser considerados por qualquer um dos cônjuges.*

*§ 3º No caso de filhos de pais separados, o contribuinte pode considerar, como dependentes, os que ficarem sob sua guarda em cumprimento de decisão judicial ou acordo homologado judicialmente.*

*§ 4º O responsável pelo pagamento a título de pensão alimentícia em face das normas do Direito de Família, quando em cumprimento de decisão judicial, inclusive a prestação de alimentos provisionais, de acordo homologado judicialmente, ou de escritura pública, não pode efetuar a dedução do valor correspondente a dependente, exceto na hipótese de mudança na relação de dependência no decorrer do ano-calendário.*

*§ 5º É vedada a dedução concomitante de um mesmo dependente na determinação da base de cálculo de mais de um contribuinte, exceto nos casos de alteração na relação de dependência no ano-calendário.*

***§ 6º Para fins de desconto do imposto na fonte, os beneficiários devem informar à fonte pagadora os dependentes a serem utilizados na determinação da base de cálculo, devendo a declaração ser firmada por ambos os cônjuges, no caso de dependentes comuns.***

*§ 7º Na DAA pode ser considerado dependente aquele que, no decorrer do ano-calendário, tenha sido dependente do outro cônjuge para fins do imposto mensal, observado o disposto no § 5º.*

*§ 8º Para fins do disposto no inciso II do caput, considera-se também dependente o companheiro ou companheira de união homoafetiva.*

Art 91 – (...)

*§ 3º As despesas de educação dos alimentandos, quando realizadas pelo alimentante em virtude de cumprimento de decisão judicial, de acordo homologado judicialmente ou de escritura pública, poderão ser deduzidas pelo alimentante na determinação da base de cálculo do imposto sobre a renda na declaração, observado o limite previsto no art. 23.*



## DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE SIMULTÂNEA (DUPLO VÍNCULO EMPREGATÍCIO)

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

### Duplo vínculo:

Possui mais de um vínculo empregatício? ( ) Sim ( ) Não

Qual?

Empresa: \_\_\_\_\_ Data de admissão: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Data de admissão: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

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.

Declaro estar ciente que em caso de possuir mais de um vínculo empregatício, deve ser encaminhado até dia 15 de todo mês o comprovante de recolhimento do INSS do outro vínculo empregatício para o analista responsável pela folha de pagamento da Unidade de lotação.

Rio de Janeiro, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



## DECLARAÇÃO DE SALÁRIO FAMÍLIA

Nome: _____	Matrícula: _____
CPF: _____	PIS: _____

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

Nome Completo dos Dependentes	Data nascimento

\*Preencher somente com os dados dos filhos menores de 14 anos e que foi entregue a documentação completa:

- Certidão de nascimento de cada dependente;
- Caderneta de vacinação ou equivalente, dos dependentes de até 6 anos de idade;
- Comprovação de frequência escolar dos dependentes de 7 a 14 anos de idade;

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;
- Cessaçãõ da invalidez de filho inválidõ;
- Sentença judicial que determine o pagamento a outrem.

(Casos de desquite ou separaçãõ, 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: \_\_\_\_\_



Foto 3x4

## FORMULÁRIO DE CONFECÇÃO DE CRACHÁ

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ PIS: \_\_\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Unidade : \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_

Tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Alergia à medicação: ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

### Motivo da solicitação:

( ) Admissão ( ) Perda/avaria ( ) Roubo/furto ( ) Transferência

## PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DE CRACHÁ

Declaro que recebi o crachá com os dados acima nesta data e comprometo-me a utilizá-lo somente em meu ambiente de trabalho.

Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_. 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