

FICHA DE ADMISSÃO DE EMPREGADOS
TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

❖ **As informações do registro terão que ser enviadas ao sistema do e-Social UM DIA ANTES do empregado iniciar a suas atividades na empresa.**

Para que ocorra o registro é fundamental que os documentos sejam enviados na sua totalidade, acompanhado desta ficha, que deverá conter assinatura do responsável pela empresa e do(a) empregado(a). Dúvidas poderão ser esclarecidas com nossos colaboradores do Depto. Pessoal - ☎ 3265-3949

EMPRESA:

EMPREGADO:

Telefone: () _____ Celular: () _____

E-mail: _____ (campo obrigatório, caso não tenha, deve criar)

Estado Civil: Solteiro (a) Casado (a) Divorciado (a) Outros

Sexo: () Masculino () Feminino

Aposentado (a) Sim Não Data concessão ____/____/____ Motivo : _____

Filhos / Dependentes: Sim Não

- ✓ Filhos menores de 05 anos: Cópia da certidão de nascimento, carteira de vacinação e **CPF obrigatório** (cópia)
- ✓ Filhos maiores de 06 anos e menores de 14 anos: cópia certidão de nascimento, frequência escolar e **CPF obrigatório** (cópia)
- ✓ esposa (o) enviar documentos (**CPF obrigatório**) apenas se for dependente

Grau de Instrução: Primário Ensino Fundamental Ensino Médio Superior Completo? Sim Não

Cor da Pele: Branca Negra Amarela Indígena Parda Outras PIS: _____

Se desejar contribuir com as contribuições (sindical, assistencial, confederativa, etc..) enviar termo de autorização que está anexado aos documentos admissionais , só iremos descontar após recebermos o documento com opção de (sim)

Data de Admissão: ____/____/____

Função:

Salário: R\$ _____ Piso da Categoria Comissionado: Sim Não Percentual de Comissão: _____%

Já trabalhou nesta empresa? Sim Não Contrato de Experiência: Sim Não ____ dias, prorrogável por mais ____

Múltiplos vínculos trabalhistas – Trabalha registrado em outra empresa: Sim Não

Exame admissional: ____/____/____

Funcionário opta pelo Vale Transporte: Sim Não

Horário de Trabalho: Segunda a Quinta – feira: ____ : ____ às ____ : ____ h e das ____ : ____ às ____ : ____ h
Sexta – feira: ____ : ____ às ____ : ____ h e das ____ : ____ às ____ : ____ h
Sábado: ____ : ____ às ____ : ____ h e das ____ : ____ às ____ : ____ h

Estou ciente da solicitação, arquivamento e uso dos dados supracitados nesta ficha de registro de empregados, durante o período que durar a prestação de serviços de minha parte à empresa, até mesmo após a extinção do contrato de trabalho, para cumprimento das obrigações legais, tais como: sistema de folha de pagamento; sindicato da categoria; Receita Federal; Ministério da Economia; Previdência Social; Caixa Econômica Federal; eSocial; empregador web; Gov.br; cumprimento do prazo de guarda de meus dados; e demais obrigações que venham ser necessárias para o envio dos meus dados pessoais, até mesmo sensíveis, conforme as leis governamentais, **segundo os preceitos da Lei 13.709/2018 - LGPD.**

Assinatura empregado (a)

Assinatura do responsável (quando menor)

Documentos solicitados para Admissão

- Exame Médico Admissional;
- Exame Toxicológico (quando função for motorista C, D e E)
- CTPS - Digital;
- Número do PIS
- Cópia de RG / CPF; (obrigatório)
- Cópia de CNH (somente quando função for motorista)
- Cópia de Comprovante de Endereço;
- Deficiente: () Sim () Não Obs: _____

Lembramos que nenhum funcionário poderá trabalhar mais que 44 (quarenta e quatro) horas semanais. Caso isto ocorra, as horas excedentes serão pagas com adicional de hora extra. O período máximo que cada funcionário poderá trabalhar sem intervalo para refeição / descanso é: 4:00 à 6:00 horas (0:15) e acima de 6:00 hs (1:00) h.

Assinatura da EMPRESA:

Exigências obrigatórias para todas as empresas (conforme Anexo I que consta em nosso contrato de prestação de serviços)

EMPRESAS DE MEDICINA E SEGURANÇA DO TRABALHO (sugestões)

• **NR MEDICINA E SEGURANÇA DO TRABALHO**

Fone: (41) 3024-4416 RAMAL 213
Rua Voluntários Da Pátria, 233 – 10º Andar – Curitiba – PR

• **POLICLINICA PINHEIRINHO**

Fone: (41) 3024-8855/ 3248-8855
Av. Winston Churchill, 192 – Pinheirinho – Curitiba - Pr

• **MEDPREV FAZENDA RIO GRANDE**

Fone: (41) 3604-8048
Rua Francisco Claudino Dos Santos, 177 – Pioneiros - Fazenda Rio Grande - PR

• **CLINIMAST SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO**

Fone: (41) 3642-5015
Av. Doutor Victor Do Amaral, 1201 – Centro - Araucária - Pr

• **MEDPREV PIRAQUARA**

Fone: (41) 3589-9000/ 41 98809-6969
Av. Getúlio Vargas, 412 – Centro - Piraquara - Pr

Orientações para baixar CTPS – Digital

CARTEIRA DE TRABALHO DIGITAL

Faça sem sair de casa !

1º Acesse o site **SERVIÇOS.MTE.GOV.BR** ou baixe o aplicativo **CTPS DIGITAL** no Play Store ou App Store.

2º Clique em *criar conta*

3º *Insira seus dados, confirme as informações e pronto !!!*

CADASTRO EFETUADO COM SUCESSO

Dúvidas entrar em contato **3265-3949 - 9 9778-9854**

The infographic features a woman relaxing in a green armchair with a lamp, next to three smartphones displaying the 'gov.br' app interface. A gold shield with a white 'R' is at the bottom right.

www.rcasarotto.com.br (41) 9 9778-9854

R. Pedro Stempin, 29 – Campo de Santana – Curitiba – PR – CEP: 81490-060