



**FORMULÁRIO DE CADASTRO DE FUNCIONÁRIO
PARA E-SOCIAL**

(Todas as informações exigidas pelo eSocial)

Prezado colaborador,

Devido à obrigação das empresas fornecerem todas as informações de seus colaboradores nas transmissões dos dados para o governo, é extremamente necessário o preenchimento desta intensa ficha. O correto preenchimento de todos os campos neste formulário é de crucial importância para nossa empresa.

➤ **Para preenchimento do funcionário**

DADOS DO TRABALHADOR

Funcionário	Nome completo						
	Número CPF			NIS (PIS/PASEP/NIT)			
	Data de nascimento			Sexo	<input type="radio"/> Masculino	<input type="radio"/> Feminino	
	Estado Civil	<input type="radio"/> Solteiro	<input type="radio"/> Casado	<input type="radio"/> Divorciado	<input type="radio"/> Viúvo	<input type="radio"/> Outros	<input type="radio"/> União Estável
	Raça e Cor	<input type="radio"/> Branco	<input type="radio"/> Amarelo	<input type="radio"/> Pardo	<input type="radio"/> Indígena	<input type="radio"/> Negro	<input type="radio"/> Não Informado
	Nome do Pai						
	Nome da Mãe						
	Nacionalidade			Nascimento/UF			
	Escolaridade	<input type="radio"/> 01 - Analfabeto <input type="radio"/> 02 - Até 4ª série incompl (EF) <input type="radio"/> 03 - 4ª série completa (EF)					
		<input type="radio"/> 04 - De 5ª a 8ª série (EF) <input type="radio"/> 05 - Ensino Fundam Completo <input type="radio"/> 06 - Ensino Médio Incompleto					
	<input type="radio"/> 07 - Ensino Médio Compl <input type="radio"/> 08 - Ensino Superior Incompl <input type="radio"/> 09 - Ensino Superior Compl						
	<input type="radio"/> 10 - Pós Graduação <input type="radio"/> 11 - Mestrado <input type="radio"/> 12 - Doutorado		EF = Ensino Fundamental				
Deficiência	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Intelectual	<input type="checkbox"/> Mental	<input type="checkbox"/> Reabilitado	
Obs. deficiência							

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

Funcionário	Número CTPS			Série			UF			Emissão		
	Tipo Documento	<input type="radio"/> RIC - Registro de Identidade Único <input type="radio"/> RG - Registro Geral <input type="radio"/> RNE - Registro Nacional de Estrangeiro <input type="radio"/> OC - Número de Registro em órgão de Classe <input type="radio"/> CNH - Carteira Nacional de Habilitação										
	Nº Documento			Emissor			Emissão			Validade		

DADOS COMPLEMENTARES

Funcionário	Residência própria	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	Comprada com FGTS	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
	Reside no Exterior	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	CEP		
	Endereço					
	Número			Complemento		
	Bairro			Cidade		
	Estado			País		
	Telefone fixo			Telefone móvel		
	Email					

TRABALHADOR ESTRANGEIRO

Func	Data da chegada ao Brasil		Data de naturalização brasileira	
	Casado com brasileiro	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Filho com brasileiro	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

INFORMAÇÕES BANCÁRIAS

Func	Banco		Tipo de conta	<input type="radio"/> Corrente <input type="radio"/> Conta
	Nº da agência		Nº da conta	

DEPENDENTES

Funcionário	DEPENDENTE 01			
	Tipo		Nome	
	Data de Nascimento		CPF	
	DEPENDENTE 02			
	Tipo		Nome	
	Data de Nascimento		CPF	
	DEPENDENTE 03			
	Tipo		Nome	
	Data de Nascimento		CPF	

VINCULOS TRABALHISTAS

Funcionário	Vale Transporte	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Linha/Valor 1	
			Linha/Valor 2	
	Primeiro Emprego	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
	TRABALHO EM OUTRA EMPRESA			
	Razão Social			
	CNPJ		Remuneração	
Observação				

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 são da minha inteira responsabilidade.

Além disso, fui informado que se houver qualquer alteração nesta Declaração, a mesma deverá ser modificada 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 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

➤ Para preenchimento da Empresa

DADOS GERAIS DO CONTRATO

Empresa	Data Admissão		Data Exame Médico			
	Nome do Cargo					
	Descrição do Cargo					
	Departamento					
	Tomador					
	Centro de Custo					
	Tipo de Contrato	<input type="radio"/> Contrato de trabalho por prazo INDETERMINADO			Dias Experiência	
		<input type="radio"/> Contrato de trabalho por prazo DETERMINADO			Dias Prorrogação	
	Tipo Remuneração	<input type="radio"/> Mensal	<input type="radio"/> Quinzenal	<input type="radio"/> Semanal	<input type="radio"/> Diário	<input type="radio"/> Horário
	Tipo Pagamento	<input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Semanal				
	Remuneração	<input type="radio"/> Fixa	<input type="radio"/> Variável	Valor		
	Descontar VT	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	Descontar VR/VA	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
	CARGA HORÁRIA					
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Dias da semana a considerar	
Horário 1					<input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Seg <input type="checkbox"/> Ter <input type="checkbox"/> Qua <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> Sab	
Horário 2					<input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Seg <input type="checkbox"/> Ter <input type="checkbox"/> Qua <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> Sab	
Horário 3					<input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Seg <input type="checkbox"/> Ter <input type="checkbox"/> Qua <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> Sab	
Horário 4					<input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Seg <input type="checkbox"/> Ter <input type="checkbox"/> Qua <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> Sab	
Horário 5					<input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Seg <input type="checkbox"/> Ter <input type="checkbox"/> Qua <input type="checkbox"/> Qui <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> Sab	

OBSERVAÇÕES

Empresa	
----------------	--

Para fins de comprovação da veracidade, é indispensável a cópia dos documentos relacionados abaixo, sendo necessário a entrega do formulário preenchido e as cópias aos responsáveis dos setores onde, serão devolvidas após análise.

- | | |
|---|--|
| ✓ Registro Geral (RG) | ✓ Cadastro de Pessoa Física (CPF) |
| ✓ Título de Eleitor | ✓ Certidão de Alistamento Militar/Reservista |
| ✓ Cartão do PIS/PASEP/NIT | ✓ Certidão de Casamento |
| ✓ Comprovante de Residência | ✓ Comprovante de Escolaridade |
| ✓ Comprovante de Conta Corrente no Brasil | ✓ RG/Certidão de Nasc. e CPF dos dependentes |