



FORMULÁRIO DE CADASTRO DO ESOCIAL



Nome da Empresa: _____ Matríz () Filial ()

CNPJ: _____

DADOS DO TRABALHADOR

Nome do funcionário(a): _____

Nome Social (Travesti ou Transexual): _____

Nacionalidade: _____

Data de Nascimento: _____

UF de Nasc: _____

Município de Nascimento: _____

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Sexo:

() Masculino () Feminino

Estado Civil:

() Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a)

() Viúvo(a) () União Estável () Outros

Raça:

() Indígena

() Branca

() Negra

() Amarela {Origem japonesa, coreana etc...}

() Parda {Mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de negro com pessoa de outra cor}

() Não informado

Trabalhador é aposentado por tempo de contribuição ou por idade? () Sim () Não

Residência própria: () Sim () Não			
Comprada com recursos do FGTS: () Sim () Não			
Cep: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Nº: _____	Complemento: _____
Cidade: _____		UF: _____	
Telefone: DDD: _____ Número: _____		Celular: DDD: _____ Número: _____	
Email principal: _____		Email secundário: _____	
Escolaridade:			
() 01 - Analfabeto			
() 02 - Até a 4ª Série incompleta do ensino fundamental			
() 03 - 4ª Série completa do ensino fundamental			
() 04 - Da 5ª a 8ª série do ensino fundamental			
() 05 - Ensino fundamental completo			
() 06 - Ensino médio incompleto			
() 07 - Ensino médio completo			
() 08 - Educação superior incompleta ou cursando			
() 09 - Educação superior completa			
() 10 - Pós Graduação			
() 11 - Mestrado			
() 12 - Doutorado			
Portador(a) de necessidades especiais ? Sim () Não ()			
() Física		() Mental	
() Auditiva		() Intelectual	
() Visual		() Reabilitado	
Vale transporte:			
() - Opto pela Utilização do Vale Transporte () - NÃO Opto pela Utilização do Vale Transporte			
Primeiro emprego ? Sim () Não ()			
Trabalhador Estrangeiro ? Sim () Não ()			
Data da chegada ao Brasil: _____		Data de naturalização brasileira: _____	
Casado(a) com brasileiro:		Filhos com brasileiros(a):	
Sim () Não ()		Sim () Não ()	

Dependentes:

Tipos de dependentes, conforme tabela:

- () 01 – Cônjuge ou companheiro (a) com o (a) qual tenha filho ou viva a mais de 5 (cinco) anos;
- () 02 – Filho (a) ou enteado (a) até 21 (vinte e um) anos;
- () 03 – Filho (a) ou enteado (a) universitário (a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos;
- () 04 – Filho (a) ou enteado (a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
- () 05 – Irmão (a), neto (a) ou bisneto (a) sem arrimo dos pais, do (a) qual detenha a guarda judicial, até 21 (vinte um) anos;
- () 06 – Irmão (a), 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;
- () 07 – Irmão (a), 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;
- () 08 – Pais, avós e bisavós;
- () 09 – Menor pobre, até 21 (vinte e um) anos, que crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
- () 10 – A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador.

Nome de cada dependente com sua respectiva data de nascimento e CPF (obrigatório maiores de 08 anos)

Observação: para o PLANO DE SAÚDE, o CPF é obrigatório para todo dependente independente da idade.

Parentesco:	NOME:	CPF:	DATA NASCIMENTO:

DOCUMENTOS

RG:	Número: _____	Órgão: _____	Expedição: _____
CPF:	Número: _____		
PIS:	Número: _____	Data: _____	
CTPS:	Número: _____	Série: _____	UF: _____ Expedição: _____
Título:	Número: _____	Zona: _____	Seção: _____
CNH - Carteira Nacional de Habilitação			
Número: _____	Expedição: _____	Órgão: _____	Validade: _____
Categoria: _____	1ª habilitação: _____	UF: _____	
Certificado de Reservista (Se houver):			
Número: _____	Série: _____	RA: _____	Categoria: _____

PREENCHIMENTO PELA EMPRESA

Admissão: _____

Salário: _____

Tipo de pagamento:

() Por mês

() Por horas

Função: _____

Informações Bancárias:

Código do Banco: _____

Nome do banco: _____

Agência: _____

Conta: _____

Tipo de Conta:

() Corrente

() Poupança

() Salário

Descrição sobre função desempenhada:

Horário de trabalho:

DIA DA SEMANA	ENTRADA	INTERVALO	INTERVALO	SAÍDA
Segunda feira	:	:	:	:
Terça feira	:	:	:	:
Quarta feira	:	:	:	:
Quinta feira	:	:	:	:
Sexta feira	:	:	:	:
Sábado	:	:	:	:
Domingo	:	:	:	:

(A. S. O.) ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Data do atestado admissional:

Resultado:

() Apto

() Não Apto

Nome da Clínica:

Nome do Médico:

Órgão da Calsse:

() CRM

() CRO

Número:

UF:

