



Kit
Admissão
RECURSOS HUMANOS

Prezado Candidato!

Você está recebendo o Kit Admissão. O Kit é um conjunto de formulários que deve ser preenchido e encaminhado ao RH junto com a documentação pessoal que foi solicitada a você.

Neste Kit você vai encontrar a relação de documentos, resumo de benefícios e formulários para preenchimento:

- ✍ Dossiê Pessoal
- ✍ Declaração de Dependentes para Imposto de Renda
- ✍ Inclusão de Seguro Saúde
- ✍ Inclusão de Seguro Odontológico
- ✍ Termo de Opção de Fusão do Vale Alimentação e Refeição
- ✍ Opção pelo Vale Transporte
- ✍ Opção pelo Vale Cultura
- ✍ Inclusão no Seguro de Vida – Banco do Brasil Seguros

IMPORTANTE!

Caso esteja trabalhando, não peça demissão antes de receber instruções e autorização do RH.

O recebimento desta solicitação de documentos não indica sua aprovação para a posição concorrida.

Preencha os formulários com bastante atenção.

Sua contratação depende da entrega de todos os documentos solicitados e também do correto preenchimento de todos os formulários constantes neste kit.

Em caso de dúvidas contate o RH nos telefones (11) 5171-1138 / 3426 / 3586 / 1933.

Atenciosamente,

ATENDIMENTO RH- ADMISSÕES

TODAS AS CÓPIAS SÃO SIMPLES

Favor apresentar os documentos abaixo na ordem que são solicitados

- 01 Foto Colorida 3X4;
- Cópia da Carteira Profissional
- Páginas: foto, informações pessoais, registros anteriores e contribuição sindical.
- Carta de Referência da última/atual Empresa (na carta de referência deve constar que nada desabone sua conduta). **Caso esteja trabalhando, aguardar autorização por e-mail para desligar-se da empresa atual.**
- 01 Cópia do RG ou RNE **(se estrangeiro)**;
- 01 cópia do CPF;
- 01 Cópia do PIS **(documento emitido pela caixa econômica federal, tais como: extrato de FGTS, cartão cidadão etc.)**;
- 01 Cópia do Comprovante de Residência que contenha nome da Rua, Número, Bairro, Cidade, Estado, CEP **(em seu nome ou do responsável legal, com data de emissão recente)**;
- 01 Cópia do Diploma ou Declaração de Escolaridade;
- 01 Cópia da Certidão de Nascimento; **(se solteiro)**
- Exame Médico Admissional Original;
- 01 Cópia da Certificação Obrigatória **(se aplicável)**, requerida para o desempenho do profissional no cargo/função contratada, devendo constar o órgão emissor, data de emissão e data/prazo de validade;

Quando casado, enviar também as cópias dos seguintes documentos:

- 03 Cópias da Certidão de Casamento ou Escritura Pública de União Estável **(emitida pelo cartório)**;
- Escritura Pública - Homo afetiva **(para parceiros do mesmo sexo)**;
- 03 Cópias da Certidão de Nascimento dos Filhos, (*) Enteados ou (**) Tutelados;

(*) Enteados: providenciar cópia da declaração de dependente econômico emitido pelo Cartório.

(**) Tutelados: apresentar cópia da tutela definitiva ou provisória emitida pelo Juiz.

DOSSIÊ PESSOAL

Dados Gerais

Nome Completo			
Endereço			
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Telefone Residencial / Comercial	Telefone Celular	Email	
Local de Nascimento Estado / Município	Data de Nascimento	Estado Civil	
Nome Completo do Pai			
Nome Completo da Mãe			

Informar Dependentes (CPF obrigatório para maiores de 18 anos)

1. Nome do Dependente		Sexo	Parentesco
CPF	Data Nascimento	Nome da Mãe do Dependente	
2. Nome do Dependente		Sexo	Parentesco
CPF	Data Nascimento	Nome da Mãe do Dependente	
3. Nome do Dependente		Sexo	Parentesco
CPF	Data Nascimento	Nome da Mãe do Dependente	
4. Nome do Dependente		Sexo	Parentesco
CPF	Data Nascimento	Nome da Mãe do Dependente	
5. Nome do Dependente		Sexo	Parentesco
CPF	Data Nascimento	Nome da Mãe do Dependente	

Documentação (O preenchimento de todos os campos é obrigatório)

RG	Orgão Expedidor / Estado	Data de Expedição	CPF
PIS	CTPS	Série	Data de emissão
Título de Eleitor	Zona	Seção	Município
Possui carteira de Habilitação?	Número	Tipo	Validade
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

Informação Acadêmica

<input type="checkbox"/> Ensino médio completo	<input type="checkbox"/> Superior cursando	<input type="checkbox"/> Superior completo	<input type="checkbox"/> Pós Graduação	<input type="checkbox"/> Outros
Curso	Início (Mês e Ano)	Conclusão (Mês e Ano)		
Instituição				
Curso	Início (Mês e Ano)	Conclusão (Mês e Ano)		
Instituição				

Certificações (se aplicável)

Possui Certificações Obrigatórias?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Se afirmativo, especificar abaixo:		
<input type="checkbox"/> CPA - 10	<input type="checkbox"/> CNPI	
<input type="checkbox"/> CPA - 20	<input type="checkbox"/> PQO - BM&F BOVESPA	
<input type="checkbox"/> CGA	<input type="checkbox"/> OUVIDORIA	
<input type="checkbox"/> CFP	<input type="checkbox"/> Outra. Especificar _____	
Data da certificação:	Vigência:	

DOSSIÊ PESSOAL

Histórico Profissional

Nome da empresa atual		Data de início (dd.mm.aa)	Data de desligamento (dd.mm.aa)
Cargo inicial	Cargo final		Motivo do desligamento
Remuneração fixa e variável		Benefícios e Ferramentas de trabalho (carro, celular, laptop, etc)	
Superior imediato		Telefone (s) de Contato	

Nome da penúltima empresa		Data de início (dd.mm.aa)	Data de desligamento (dd.mm.aa)
Cargo inicial	Cargo final		Motivo do desligamento
Remuneração fixa e variável		Benefícios e Ferramentas de trabalho (carro, celular, laptop, etc)	
Superior imediato		Telefone (s) de Contato	

Idiomas

Inglês <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Intermediário <input type="checkbox"/> Avançado <input type="checkbox"/> Fluente	Espanhol <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Intermediário <input type="checkbox"/> Avançado <input type="checkbox"/> Fluente
--	--

Outros _____

Informática

Word <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Intermediário <input type="checkbox"/> Avançado	Excel <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Intermediário <input type="checkbox"/> Avançado
Power Point <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Intermediário <input type="checkbox"/> Avançado	Outros _____

Informações Adicionais - (Preenchimento Obrigatório)

1) Possui interesse ou disponibilidade para atuar em outras Cidades / Estados. Quais?

2) Possui grau de parentesco com algum funcionário do Consolidado Banco Votorantim ?Quem? Qual a área? Qual o grau?

3) Em atenção às Leis nºs 12.846/13 e 9.613/98, favor informar se você possui vínculos familiares com agentes públicos* ou Pessoas Politicamente Expostas**. Qual o grau? Qual esfera de atuação?

4) Você possui participação societária em alguma empresa? Qual % de participação?

5) Neste momento, você está recebendo o seguro-desemprego***?

☐ Sim ☐ Não

6) Informar raça/ cor que você se auto declara.

☐ Indígena ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Não Informado

7) Conhece alguém na empresa? Quem?

Certifico que os dados declarados por mim são verdadeiros.

Assinatura _____ **Data** ____/____/____

* ** Reputa-se agente público todo aquele que exerce, ainda que transitoriamente ou sem remuneração, por eleição, nomeação, designação, contratação ou qualquer outra forma de investidura ou vínculo, mandato, cargo, emprego ou função em órgão da administração direta, indireta ou fundacional de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios, de Território, de empresa incorporada ao patrimônio público ou de entidade para cuja criação ou custeio o erário haja concorrido ou concorra com mais de cinquenta por cento do patrimônio ou da receita anual.

** ** Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos cinco anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiros, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo."

" *** Para atender a Portaria 1.129 de 23 de Julho de 2.014, precisamos saber se você trabalhador está sendo beneficiado pelo seguro-desemprego."

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES DE FAMÍLIA PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

De acordo com artigo 35º da Lei 9.250/1995, poderão ser considerados como dependentes:

I - o cônjuge;

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

III - a filha, o filho, a enteada ou o enteado, até 21 anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

IV - o menor pobre, até 21 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 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 Os dependentes a que se referem os incisos III e V deste artigo poderão ser assim considerados quando maiores até 24 anos de idade, se ainda estiverem cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau.

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

§ 3º No caso de filhos de pais separados, poderão ser considerados dependentes os que ficarem sob a guarda do contribuinte, em cumprimento de decisão judicial ou acordo homologado judicialmente.

§ 4º É vedada a dedução concomitante do montante referente a um mesmo dependente, na determinação da base de cálculo do imposto, por mais de um contribuinte.

Em obediência à Legislação do Imposto de Renda, venho pela presente informar-lhes que tenho como encargo de família, as pessoas abaixo relacionadas:

Para Dependentes maiores de 18 anos, obrigatório CPF.

Nomes Dependentes	CPF Dependentes (MAIORES DE 18 ANOS)	Relação de Dependência	Data de Nascimento

Declaro sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo a fonte pagadora qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

Local e data: _____

Assinatura: _____

Nome:

CPF:

OBS: Renovar esta declaração sempre que ocorrer alteração nos dados acima.



Seguro Saúde

A empresa oferece a você e seus dependentes seguro saúde com ampla rede credenciada de clínicas, hospitais, laboratórios, além de reembolso para utilização em livre escolha, visando atuar na prevenção de doenças e na manutenção da saúde e bem-estar.

Elegíveis: titular, dependentes (cônjuge e filhos até 24 anos), enteado ou menor criando (somente com tutela no nome do colaborador). Não é permitido a inclusão de agregados (irmãos, pais, etc.) no plano.

Seguradoras

SulAmérica ou Unimed, conforme região de atuação

Plano

O plano é concedido conforme nível hierárquico e a empresa subsidia 100% do plano.
Para inclusão dos dependentes (cônjuge e filhos até 24 anos) será necessário enviar uma cópia das respectivas certidões (casamento e/ou nascimento), em até 15 dias corridos após a data do evento (casamento ou nascimento). Após o 15º dia toda e qualquer inclusão terá carência de até 1 (um) ano de acordo com o procedimento.
Não é possível a inclusão de agregados (pais e irmãos) no seguro saúde.

Coparticipação

É o valor pago pelo segurado destinado a custear parte dos procedimentos realizados pelo titular e seus dependentes, sejam na rede credenciada ou fora dela (reembolso).

Regra da coparticipação: 20% limitado a R\$ 20,00 por procedimento (consultas, exames e pronto socorro).

Não há coparticipação para internações hospitalares, terapias (fisioterapia, psicoterapia, etc) e cirurgias.

Nota: A coparticipação não é considerada como contribuição fixa para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98.

Assistência Odontológica – Interodonto

Plano opcional – livre escolha.

A permanência mínima para exclusão no plano escolhido é de 12 (doze) meses, após a última utilização ou 12 meses sem utilizar o plano;

Coberturas:

- Premium Plus: consulta, restauração em resina, exodontia, endodontia, coroa provisória, restauração metálica fundida, entre outros.
- Premium Plus c/ ortodontia: todas as coberturas do plano Premium Plus, mais aparelho ortodôntico, manutenção de aparelho entre outros procedimentos na especialidade de ortodontia.
- Diamante: todas as coberturas anteriores, mais prótese parcial removível, prótese total, placa de mordida, entre outros.
- Diamante 10: todos os itens do Diamante, sendo a diferença o valor de reembolso.

Elegíveis: titular, dependentes (cônjuge e filhos até 21 anos ou até 24 anos se estudante) e agregados (pais e irmãos).

O subsídio da empresa é de 80% do plano, conforme o nível do colaborador, porém a contribuição será no mínimo de 20% do plano escolhido, para colaborador e seus dependentes (valor fixo por pessoa), exceto agregado.

Lei 9656/98*: Extensão após desligamento, conforme artigo 30 e 31.

Planos	Custo Fatura (R\$)	Desconto em folha					
		Nível 01 a 09		Nível 10		Nível 11 acima	
		Titular Dependente	Agregado	Titular Dependente	Agregado	Titular Dependente	Agregado
Premium Plus	10,57	2,11	10,57	2,11	10,57	2,11	10,57
Premium Plus c/ Ortodontia	28,02	19,56	28,02	5,61	28,02	5,61	28,02
Diamante	42,13	33,67	42,13	8,43	42,13	8,43	42,13
Diamante 10	78,60	70,14	78,60	44,90	78,60	15,72	78,60

***Lei 9656/98** – Permite a extensão na apólice para desligados sem justa causa, que tenha contribuído na mensalidade do plano (seguro saúde e assistência odontológica), desde que assumo o pagamento integral

Artigo 30 - Desligados: o cálculo do prazo da extensão é 1/3 (um terço) do período de contribuição no seguro saúde, tendo a permanência garantida de no mínimo 6 (seis) meses no máximo 24 (vinte e quatro) meses na apólice;

Artigo 31 - Aposentados: ao aposentado pelo INSS que contribuir pelo prazo mínimo de 10 anos é assegurado o direito de manutenção por prazo indeterminado. Caso o período seja inferior a 10 anos, será concedido 1 (um) ano de extensão para cada ano de contribuição. Nas duas condições é assegurado, desde que o aposentado assumo o pagamento integral do benefício;

Visa Vale

Vale alimentação	R\$ 431,16
Vale refeição	R\$ 572,00
Fusão (Possibilidade de transferir o valor do Vale-refeição para o alimentação)	R\$ 1.003,16

Não há desconto em folha

Vale Transporte

O Vale Transporte poderá ser utilizado em todas as formas de transporte coletivo público urbano ou, ainda, intermunicipal e interestadual com características semelhantes ao urbano, operado diretamente pelo poder público ou mediante delegação, em linhas regulares e com tarifas fixadas pela autoridade competente.

O colaborador receberá em folha de pagamento o valor exato, proporcional aos dias trabalhados no mês.

O desconto ocorre mensalmente em folha de pagamento, proporcional à quantidade de Vale Transporte concedida no mês, conforme estabelecido na Convenção Coletiva da Categoria.

Nota: Não é concedido o fornecimento de vale-transporte através de ônibus fretado ou ônibus de viagem.



Vale Cultura

Fornecimento do benefício Vale Cultura no valor de R\$ 50,00 mensais em cartão magnético, visa o bem-estar e o enriquecimento cultural dos colaboradores. Vale Cultura é oferecido ao colaborador com remuneração até o limite de 5 salários mínimos nacionais (R\$3.620,00).

O desconto do benefício é determinado pela Lei 12.761 de 27/12/12.

Seguro de Vida – Alliança

Capital segurado: 36 x o salário fixo

Percentual de Desconto: 50%

Cálculo do desconto em folha: 36 x salário fixo x 0.03100% x 50% de participação

Caso o Capital Segurado ultrapasse R\$ 600.000,00 deverá preencher uma DPS (Declaração Pessoal de Saúde), específico da seguradora

Caso o Capital Segurado ultrapasse R\$ 1.000.000,00 deverá preencher uma DPS e uma Ficha de Informação Financeira, específica da seguradora

Observação:

- Até a liberação por parte da Seguradora, o Capital Segurado nos dois casos ficará limitado a R\$ 600.000,00.
- Capital Segurado pode ser limitado parcialmente decorrente de doença pré-existente (sujeito análise da Seguradora).

Coberturas e Capitais Segurados

Coberturas	Titular	Cônjuge	Filhos
Morte Natural	36 x salário base Limitado a R\$ 2.500.000,00	50% do capital do titular	Filhos de 14 até 24 anos: 25% do capital do titular limitado a R\$ 5.000,00 + Assistência Funeral
Indenização por Morte Acidental	72 x salário base Limitado a R\$ 5.000.000,00	50% do capital do titular	Sem cobertura
Invalidez Permanente Total ou Parcial Por Acidente	36 x salário base Limitado a R\$ 2.500.000,00	50% do capital do titular	Sem cobertura
Invalidez Permanente Total Por Doença	36 x salário base Limitado a R\$ 2.500.000,00	Sem cobertura	Sem cobertura
Assistência Funeral	36 x salário base Limitado a R\$ 2.500.000,00	Limitado a R\$ 5.000,00	Filhos menor 14 anos: somente elegível a Assistência Funeral limitado a R\$ 5.000,00

VPREV Previdência Privada – Icatu

Plano averbado (sem contribuição da empresa)

Parceria Icatu Hartford e a Votorantim Asset Management

Benefícios:

- Taxa de carregamento: **0%**
- Taxa de aporte: **0%**
- Taxa administrativa: Legacy Inflation: **0,8% a.a**
Legacy: **0,7% a.a**
Platinum: **1,6% a.a**
Diamond: **1,8% a.a**

Programa de Apoio ao Colaborador - PAC

Elegíveis: Cônjuge e filhos

Subsidiado 100% pela empresa

Apoio profissional especializado e confidencial a qualquer tipo de problema pessoal que possa comprometer a saúde e o bem estar dos colaboradores e dependentes.

Características:

- Voluntário
- Confidencial
- Até 6 consultas presenciais gratuitas por problema
- Especialidades: Psicologia, psiquiatria, psicopedagogia, serviço social, orientação financeira, orientação jurídica, fonoaudiologia (paga desde a primeira sessão com custo reduzido)

Reembolso Auxílio Creche, Babá e Filho Excepcional

A empresa concede, mensalmente, aos colaboradores elegíveis ao reembolso a título de auxílio creche, babá ou filho excepcional, desde que sejam respeitadas todas as condições estabelecidas em convenção coletiva da categoria e região.

É vedado o acúmulo do benefício, ou seja, o Auxílio Creche não será cumulativo com o Auxílio Babá ou com o Auxílio Filho Excepcional para o mesmo dependente.

Os admitidos até o dia 15 do mês são elegíveis ao benefício referente à competência do mês da admissão.

A solicitação de reembolso e envio de protocolo/documentação necessária deve ser efetuada pelo colaborador elegível, através do sistema RH On-Line.

PROPOSTA SEGURO SAÚDE – SULAMÉRICA (ADMISSÃO)

☐ Inclusão titular e/ou dependentes

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

1. A proposta do seguro saúde deve ser preenchida sem rasuras e com todas as informações necessárias.
2. O plano é concedido conforme nível hierárquico e a empresa subsidia 100% do plano até o nível 12, para titulares e dependentes.
3. Para inclusão dos dependentes (cônjuge e filhos até 24 anos) será necessário enviar uma cópia das respectivas certidões (casamento e/ou nascimento), em **até 15 dias corridos após a data do evento** (casamento ou nascimento). Após o 15º dia toda e qualquer inclusão terá carência de até 1 (um) ano de acordo com o procedimento. Não é possível a inclusão de agregados (pais e irmãos) no seguro saúde.
4. Número da Declaração Nascido Vivo é obrigatório para recém-nascidos a partir de 2010.
5. Atualizar o CPF quando o dependente completar 18 anos na área de Recursos Humanos e Seguradora.
6. A coparticipação não é considerada como contribuição fixa para os fins previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98. Está refere-se à participação do segurado com as despesas médicas, quando utilizadas.
7. Informações e procedimentos referentes ao benefício estarão disponíveis no Portal Institucional.

DADOS DO SEGURADO:

Nome do colaborador:

Telefone Res.:

Tel. cel.:

Banco:

| Ag.:

| Conta Corrente.:

| Dígito.:

DADOS DA SEGURADORA (USO INTERNO):

Data de inclusão no plano:

| Plano:

Data admissão:

DADOS DO DEPENDENTE (Cônjuge e filhos)

1. Nome do dependente:

| Parentesco:

| Data Nasc.:

| Idade.:

| Sexo: ☐ F ☐ M

| CPF do dependente.:

| Nome da mãe:

| N° Decl. Nascido Vivo.:

| Cartão Nacional de Saúde:

2. Nome do dependente:

| Parentesco:

| Data Nasc.:

| Idade.:

| Sexo: ☐ F ☐ M

| CPF do dependente.:

| Nome da mãe:

| N° Decl. Nascido Vivo.:

| Cartão Nacional de Saúde:

3. Nome do dependente:

| Parentesco:

| Data Nasc.:

| Idade.:

| Sexo: ☐ F ☐ M

| CPF do dependente.:

| Nome da mãe:

| N° Decl. Nascido Vivo.:

| Cartão Nacional de Saúde:

4. Nome do dependente:

| Parentesco:

| Data Nasc.:

| Idade.:

| Sexo: ☐ F ☐ M

| CPF do dependente.:

| Nome da mãe:

| N° Decl. Nascido Vivo.:

| Cartão Nacional de Saúde:

5. Nome do dependente:

| Parentesco:

| Data Nasc.:

| Idade.:

| Sexo: ☐ F ☐ M

| CPF do dependente.:

| Nome da mãe:

| N° Decl. Nascido Vivo.:

| Cartão Nacional de Saúde:

Estou ciente de todos os itens mencionados nas “Informações importantes”, bem como, autorizo o desconto em minha folha de pagamento dos valores referentes à coparticipação da utilização do plano e também da contribuição mensal (quando elegível), conforme política da empresa. Em caso de perda da condição de dependente (por exemplo: filho idade igual ou superior a 24 anos, separação, divórcio ou dissolução de união estável), a utilização do plano por estes será considerada irregular, devendo o titular devolver a carteirinha do dependente para RH - Benefícios, sendo que, as despesas pela utilização indevida do plano serão descontadas em folha de pagamento do titular.

Local e Data: _____

Assinatura: _____

Assistência Odontológica (Admissão)**OPÇÃO DO BENEFÍCIO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)**☐ Não Optante☐ Optante**DADOS DO SEGURADO:**

Nome completo:

Telefone Res.:

Celular:

PLANO ESCOLHIDO: ☐ Premium Plus ☐ Premium Plus c/ ortodontia ☐ Diamante ☐ Diamante 10 ☐ Não Optante**DADOS DA SEGURADORA (USO INTERNO):**

Data admissão:

Data de inclusão no plano:

DADOS DOS DEPENDENTES (CÔNJUGE E FILHOS) E AGREGADOS (PAIS E IRMÃOS):

1 - Nome do dependente/agregado	Parentesco	Data Nasc.	CPF	Sexo
---------------------------------	------------	------------	-----	------

Nome da mãe do dependente/agregado:

2 - Nome do dependente/agregado	Parentesco	Data Nasc.	CPF	Sexo
---------------------------------	------------	------------	-----	------

Nome da mãe do dependente/agregado:

3 - Nome do dependente/agregado	Parentesco	Data Nasc.	CPF	Sexo
---------------------------------	------------	------------	-----	------

Nome da mãe do dependente/agregado:

4 - Nome do dependente/agregado	Parentesco	Data Nasc.	CPF	Sexo
---------------------------------	------------	------------	-----	------

Nome da mãe do dependente/agregado:

5 - Nome do dependente/agregado	Parentesco	Data Nasc.	CPF	Sexo
---------------------------------	------------	------------	-----	------

Nome da mãe do dependente/agregado:

Estou ciente de todos os itens mencionados no resumo dos benefícios, bem como, autorizo o desconto em minha folha de pagamento, conforme o plano por mim escolhido. Informações e procedimentos referentes ao benefício estarão disponíveis no Portal Institucional.

Local e Data:

Assinatura:

Termo de opção
Vale-Refeição e Vale-Alimentação

Venho por meio desta, expressar minha opção de receber os valores mensais a que tenho direito do Vale-Refeição e Vale-Alimentação, conforme opção abaixo:

- ☐ Receber os benefícios **Vale-Refeição e Vale-Alimentação separadamente.**
- ☐ Receber os benefícios **somente em Vale-Alimentação** (fusão do benefício, somente para utilização em supermercado).

Declaro ter ciência que esta opção somente poderá ser alterada após o transcurso de 180 (cento e oitenta) dias a partir desta data. Demais informações e procedimentos estarão disponíveis no Portal Institucional.

Nome Completo: _____

Telefone: () _____

Local e Data: _____ Assinatura: _____

Concessão de vale-transporte (Admissão) - Colaborador

Nome Completo: _____

Telefone: () _____

Opção pelo benefício de vale-transporte *(Preenchimento obrigatório)*

<input type="checkbox"/> NÃO OPTANTE <i>Obs.: Não preencher Dados de deslocamento</i>	Declaro que não tenho interesse em receber este benefício. Comprometo-me, portanto, a solicitá-la por escrito, a partir do momento em que desejar usufruir desse benefício.
<input type="checkbox"/> OPTANTE	Interessado em receber o Vale-Transporte, comprometendo-me a utilizá-lo exclusivamente para os deslocamentos residência-trabalho-residência conforme determina o Decreto n.º 95.247 de 17/11/87 tenho ciência de que é proibida: <i>A venda, transferência ou acúmulo de saldos por qualquer motivo; A utilização por colaboradores beneficiados com: veículo da frota, auxílio combustível, garagem e/ou estacionamento, ou que utilizam veículo particular para trajeto residência trabalho residência.</i>

Dados de deslocamento *(Preencher apenas se for optante)*

Da residência para o trabalho				Do trabalho para residência			
Nome da Operadora Ex.: SPTrans / CMT / Transfácil / Sintran	Tipo de bilhete Ex.: cartão / papel	Valor Unitário	Qtde Ida	Nome da Operadora Ex.: SPTrans / CMT / Transfácil / Sintran	Tipo de bilhete Ex.: cartão / papel	Valor Unitário	Qtde Volta

O **não** preenchimento de todos os campos acima implicará no atraso do fornecimento do vale-transporte.

No caso de **inclusão posterior à data de admissão e/ou alteração do benefício**, o colaborador deverá **preencher o formulário, anexar uma cópia do comprovante de residência, colher a assinatura da gestão** e encaminhar para RH - Benefícios, até o quinto dia útil do mês, para recebimento do benefício no último dia útil, para utilização no mês subsequente.

Estou ciente de que a declaração falsa e/ou o uso indevido do vale constituem falta grave, sujeitando a perda do benefício. Declaro que as informações acima são expressão da verdade e que as mesmas serão utilizadas quando necessário.

Autorizo descontar em folha de pagamento o percentual determinado por Lei ou Acordo Coletivo incidentes sobre o meu salário, desde que esta quantia não ultrapasse o total de vale-transporte concedido no mês.

Local e Data: _____ Assinatura: _____

Concessão do vale cultura

Nome completo: _____

Telefone: () _____

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

- Fornecimento do benefício Vale Cultura no valor de R\$ 50,00 mensais em cartão magnético, visa o bem-estar e o enriquecimento cultural dos colaboradores.
- Utilização em estabelecimentos culturais, como por exemplo:
 - Teatros, Museus, Livrarias, Centros de exposições, Casas de espetáculos, Cinemas e etc.
- O desconto do benefício é determinado pela Lei 12.761 de 27/12/12, conforme abaixo:
 - I – quem recebe até um salário mínimo – dois por cento de R\$ 50,00;
 - II – acima de um salário mínimo e até dois salários mínimos – quatro por cento de R\$ 50,00;
 - III – acima de dois salários mínimos e até três salários mínimos – seis por cento de R\$ 50,00;
 - IV – acima de três salários mínimos e até quatro salários mínimos – oito por cento de R\$ 50,00;
 - V – acima de quatro salários mínimos e até cinco salários mínimos – dez por cento de R\$ 50,00.
- Informações e procedimentos referentes ao benefício estarão disponíveis no Portal Institucional.

Estou ciente que o benefício Vale Cultura é oferecido ao colaborador com remuneração até o limite de 5 salários mínimos nacionais **(R\$3.620,00)** e autorizo o desconto em minha folha de pagamento do o percentual determinado por Lei ou Acordo Coletivo.

Opção pelo benefício de vale-cultura (Preenchimento obrigatório)

<input type="checkbox"/> OPTANTE	Tenho interesse em receber o benefício do Vale-Cultura e comprometendo-me a utilizá-lo exclusivamente em estabelecimentos culturais conforme determinado na Lei 12.761 de 27/12/12.
<input type="checkbox"/> NÃO OPTANTE	Não tenho interesse em receber o benefício do Vale-Cultura.

Local e Data: _____ Assinatura: _____

Seguro de Vida (Admissão)

☒ Inclusão

Nome completo: _____

CPF: _____

Estando integralmente ciente das condições do meu seguro, designo meu(s) beneficiário(s) a(s) pessoa(s) relacionada(s) abaixo:

Nome	Data de Nascimento	% participação	Grau de parentesco

A soma dos percentuais deve necessariamente ser 100%.

Os titulares do seguro deverão manifestar livremente sua vontade na indicação de seus beneficiários, observadas as restrições legais. Na falta de indicação do beneficiário, a indicação do seguro será paga de acordo com a legislação vigente.

Se um dos beneficiários indicados vier a falecer antes dos demais indicados, a parte que caberia ao beneficiário morto reverterá em favor dos demais indicados, na proporção dos percentuais indicados pelo segurado.

Declaração do segurado

Na qualidade de Segurado, nomeio, por meio deste formulário, meu(s) beneficiário(s) a(s) pessoa(s) indicada(s) conforme acima.

Esclareço que tal procedimento atende a meus interesses próprios e pessoais e, portanto, deve ser considerado bom, fim e valioso, para todos os fins e efeitos de direito, isentando a Seguradora de qualquer responsabilidade, mesmo decorrente da nomeação ora indicada.

Observação: o formulário deverá permanecer em poder da empresa estipulante, e somente será enviado à Seguradora por ocasião de eventual Sinistro.

Estou ciente de todas as condições do seguro, bem como, autorizo o desconto em minha folha de pagamento, conforme política da empresa. Informações e procedimentos referentes ao benefício estarão disponíveis no Portal Institucional.

Local e Data: _____

Assinatura: _____