



Formulário de Descrição de Raça

Caro (a)

Nome: Alana Lins CPF: 117.284.291-08

Local: CP:Brazil-Vila Mariana (BR91) Departamento:

Por exigência do Decreto nº 76.900, de 23 de dezembro de 1975 e da portaria nº 1998 de 03/12/1999, a empresa é obrigada a fornecer ao Ministério do Trabalho e Emprego, por meio da Relação Anual de Informações Sociais – RAIS, um conjunto de informações de cada um de seus empregados, para fins estatísticos.

Pedimos preencher o questionário abaixo, conforme exigência da legislação.

Assinale a alternativa que você melhor se enquadra ou conforme consta sua certidão de nascimento:

- (☒) Branca
- (☐) Preta
- (☐) Amarela
- (☐) Parda
- (☐) Indígena

DocuSigned by:

Alana Lins
57983E4D497F405...
Assinatura

April 27, 2023
Data da assinatura

22/05/2023
Data de admissão



DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA ABATIMENTO DE ENCARGOS NO
IMPOSTO DE RENDA NA FONTE

Nome do Funcionário: Alana Lins

CPF: 117.284.291-08 Unidade: CP:Brazil-Vila Mariana (BR91)

Há dependentes a serem declarados para Imposto de Renda?

() Sim (☒) Não

Em obediência a legislação do Imposto de Renda, venho pela presente informar-lhe que tenho encargo de família, as pessoas abaixo relacionadas:

Nome Completo	Parentesco	CPF	Data de Nascimento
---------------	------------	-----	--------------------

Declaro sob a penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo a V. Sas (fonte pagadora) qualquer responsabilidade

perante a fiscalização.

Alana Lins
57983E4D497F405...

April 27, 2023

22/05/2023

Assinatura

Data da assinatura

Data de admissão



TERMO DE RESPONSABILIDADE
(CONCESSÃO DE SALÁRIO FAMÍLIA – PORTARIA Nº MPAS 3.040/82)

Nome do Funcionário: Alana Lins

CPF: 117.284.291-08 Unidade: CP:Brazil-Vila Mariana (BR91)

Tenho filhos com até 14 anos de idade?

() Sim (✓) Não

Nome Completo

Parentesco

Data de Nascimento

Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos ou ocorrências que determinam a perda do direito ao salário família:

- 1 – ÓBITO DO FILHO
- 2 – CESSAÇÃO DE INVALIDEZ DE FILHO INVÁLIDO
- 3 – SENTENÇA JUDICIAL QUE DETERMINE O PAGAMENTO A OUTREM (casos de desquite ou separação, abono de filho ou perda de pátrio poder).

Estou ciente, ainda, de que a falta do cumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar a devolução das importâncias recebidas indevidamente, sujeitar-se as penalidades previstas no art. 171 do Código Penal e a rescisão do Contrato de Trabalho, por justa causa, nos termos do art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho.

DocuSigned by:

Alana Lins
Assinatura

April 27, 2023

Data da assinatura

22/05/2023

Data de admissão

Dados Bancários

Nome Completo: Alana Lins

CPF: 117.284.291-08

Unidade: CP:Brazil-Vila Mariana (BR91)

Data de início: 22/05/2023

Código do banco: 341

Número da agência: 9248

Número da conta: 42652

Dígito: 1

Atestado

Eu reconheço que estou voluntariamente autorizando a companhia a depositar meus pagamentos diretamente em minha(s) conta(s) bancária(s) identificada(s) acima.
Eu entendo que é minha responsabilidade verificar perante ao banco que meu depósito foi efetuado.
Eu entendo que a companhia não é responsável por taxas de cheques devolvidos ou quaisquer outras taxas decorrentes de cheques sacados de minha conta.
Se a companhia acidentalmente depositar fundos em minha conta, eu autorizo a companhia iniciar os devidos débitos, não excedendo o total do montante original creditado pelo período atual.

DocuSigned by:

Alana Lins

57983E4D497F405A

Assinatura

April 27, 2023

Data da assinatura

22/05/2023

Data de admissão