|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Descrição: Descrição: cid:image001.png@01D07B43.DA1AD040 | **Ficha Cadastral de Admissão – Operacional e Administrativo** | | |  |
| **Código/Revisão:** F-075 (PR-011) 33 | **Data da publicação:**  **Vigência:** | 13/04/20  1 ano |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Importante:** As informações devem ser corretamente preenchidas para cadastro admissão devido o cumprimento do decreto 8373/2014 Programa eSocial. | | | | | | | | |
| **DADOS PESSOAIS** | | | | | | | | |
| **Nome Completo: (Preencher da mesma forma que consta no documento Certidão de Nascimento ou Casamento)** | | | | | | | | |
| **Nome Social: (Inclusão no crachá)** | | | | | | | | |
| **Telefone:** | | | **Celular:** | | | | | |
| **E-mail:** | | | | | | | | |
| **Estado Civil:** | | | | | | | | |
| **Primeiro emprego:** ❑ SIM  ❑ NÃO – Informar **PIS:** | | | | | | | | |
| **Endereço:** | | | | | **Nº** | | **Complemento:** | |
| **CEP:** | | **Bairro:** | | | | **Cidade:** | | |
| **Possui Deficiência?** ❑ SIM ❑ NÃO | | | **TIPO DEFICIÊNCIA**  ❑ FÍSICA ❑ AUDITIVA ❑ VISUAL ❑ INTELECTUAL ❑ MÚLTIPLA | | | | | |
| **DADOS CONTA BANCÁRIA** | **Banco:**  Santander❑Conta Corrente ❑ Conta Salário | | | **Agência:** | | | | **Conta/Dígito:** |
| ❑ Conta SuperDigital Santander | | | **Número do CPF**: | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPENDENTES** | | | | | |
| **Nome:** | | **Data de nascimento:** | | **CPF (do dependente):** | |
| **Nome:** | | **Data de nascimento:** | | **CPF (do dependente):** | |
| **Nome:** | | **Data de nascimento:** | | **CPF (do dependente):** | |
| **Nome:** | | **Data de nascimento:** | | **CPF (do dependente):** | |
| **Nome:** | | **Data de nascimento:** | | **CPF (do dependente):** | |
| **BENEFÍCIOS - VALE TRANSPORTE** | | | | | |
| **VALE TRANSPORTE** | | **QUANTIDADE** | | **VALOR UNITÁRIO** | |
| **ÔNIBUS** | |  | |  | |
| **METRÔ/TREM** | |  | |  | |
| **INTERMUNICIPAL** | |  | |  | |
| **VALE REFEIÇÃO/ALIMENTAÇÃO** | | | | | |
| ❑ **100% Vale Alimentação** | | ❑ **100% Vale Refeição** | | ❑ **Flexibilizado (50% VR e 50% VA)** | |

**Atenção:** A ausência da certidão de casamento, de nascimento e do número do cartão SUS implicará na não inclusão dos dependentes (filhos e/ou cônjuge) no plano de saúde. É imprescindível a apresentação do CPF de todos os dependentes. Para que o pagamento do salário família seja realizado é fundamental a apresentação da certidão de nascimento dos filhos menores de 14 anos. Para as crianças com menos de 7 anos de idade, também é necessário a carteira de vacinação. Estrangeiros: entregar a documentação específica (conforme Check List).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

NOME COMPLETO DO CANDIDATO DATA