

PREENCHIMENTO DO SETOR DHO

DATA ADMISSÃO:

ASSINATURA DE CONTRATO: IN LOCO SEDE HORÁRIO DA ASSINATURA:

RESPONSÁVEL PELA VAGA:

ATENÇÃO: Os candidatos convocados a comparecerem para efetivação da contratação, deverão estar minudos dos documentos abaixo relacionados, assim como deverão levar preenchida a Ficha de Contratação, disponibilizada neste mesmo documento.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA ADMISSÃO

NOME: _____

CARGO: _____ SETOR: _____

* Favor entregar somente as cópias legíveis dos documentos. Original e cópia somente da carteira de trabalho e foto 3x4;

Documentos do Funcionário:

- () Ficha de contratação de colaborador - *preenchida e assinada*;
- () Currículo atualizado;
- () 02 foto 3 X 4;
- () Cópia da CTPS, ou o Arquivo impresso da carteira de trabalho digital – CTPS (**Baixe o APP “Carteira de Trabalho Digital”**), apresentação da CTPS física será necessário apenas para verificação de informação, sendo a mesma devolvida imediatamente após conferência, pois a assinatura da carteira será por via CTPS Digital. Instruções do APP vide pag. 05
- () Extrato consulta cadastral e-social: acesse o site e imprima o resultado da consulta. É
necessário que o resultado da consulta esteja informando “os dados estão corretos”. Em caso de divergências, favor seguir com as orientações informadas no site. <http://consultacadastral.inss.gov.br/Esocial/pages/qualificacao/qualificar.xhtml>
- () 01 cópia do PIS;
- () 01 cópia do RG;
- () 01 cópia do CPF;
- () 01 cópia do título de eleitor e último comprovante de quitação eleitoral;
- () 01 cópia do comprovante de endereço completo/atualizado (*Rua / Av., n°, cep, bairro, cidade, estado, etc.*);
- () 01 cópia da carteira de habilitação - se houver exigência no cargo;
- () 01 cópia do certificado de reservista (obrigatório para homens entre 18 a 45 anos);
- () 01 cópia certidão / comprovação idônea de registro ativo, no conselho da profissão;
- () 01 cópia do comprovante de escolaridade () Ensino Fundamental, () Ensino Médio () Superior;
- () 01 cópia da carteira de vacina atualizado;
- () 01 cópia do comprovante da conta bancária Itaú – () c. corrente ou () c. poupança (nome banco, n° agencia, n° contacorrente ou poupança)

Documentos dos Familiares:

- () 01 cópia da certidão de casamento ou de “escritura pública de declaração união estável” emitida em cartório;
- () 01 cópia do **RG** e **CPF** esposo(a)
- () 01 cópia do **RG** e **CPF** ou certidão de nascimento dos filhos menores de 14 anos, termo de tutela para enteados(as);
- () 01 cópia da carteira de vacina dos filhos menores de 14 anos – frente e verso;
- () 01 cópia comprovante de escolaridade dos filhos menores de 14 anos;
- () 01 cópia da decisão judicial de pensão alimentícia.



PROCESSO DE CONTRATAÇÃO DE COLABORADOR

Realize Preenchimento dos Dados Pessoais – *Se manuscrito, letra legível.*

Nome:	Data nascimento:
Cargo:	Unidade:

Nacionalidade: (<input checked="" type="checkbox"/>) Brasileira (<input type="checkbox"/>) Estrangeira qual País: _____ Data chegada: / /		
Natural de:	Estado:	Sexo: (<input type="checkbox"/>) Masculino (<input type="checkbox"/>) Feminino
Nome do Pai:		
Nome da Mãe:		
Portador de Deficiência: (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim Qual _____		
Cor/Raça:	(<input type="checkbox"/>) Amarela	(<input type="checkbox"/>) Branco
	(<input type="checkbox"/>) Indígena	(<input type="checkbox"/>) Pardo
	(<input type="checkbox"/>) Preto	(<input type="checkbox"/>) Outro _____

Endereço:	Nº:	
Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone Res:	Telefone Celular:	Telefone Recado:
E-mail:		

Cart. de Identidade:	Data Emissão:	Órgão Expedidor:	
CPF:	Nº do PIS ou PASEP:		
Nº Carteira de Trabalho:	Série:	UF: MG	Data expedição:
Título Eleitoral:	Zona:	Seção:	
Certificado Reservista:	Categoria:		
Nº Cart. De Habilitação:	Categoria:	Data 1º Habilitação:	
Prazo Validade:	Data de Emissão:		

Grau de Instrução:	(<input type="checkbox"/>) Ensino Fundamental Incompleto	(<input type="checkbox"/>) Ensino Fundamental Completo
	(<input type="checkbox"/>) Ensino Médio Incompleto	(<input type="checkbox"/>) Ensino Médio Completo
	(<input type="checkbox"/>) Ensino Superior Incompleto	(<input type="checkbox"/>) Ensino Superior Completo
	(<input type="checkbox"/>) Outro: _____	

Estado Civil:		
Nome Esposo(a):	CPF Esposo(a):	
Esposo(a) é seu dependente para o Imposto de Renda - IRRF: () Sim () Não		
Nº de filhos menores de 14 anos OBRIGATÓRIO:		
Nome:	Nascimento:	CPF:
Este filho é seu dependente para o Imposto de Renda - IRRF: () Sim () Não		
Nome:	Nascimento:	CPF:
Este filho é seu dependente para o Imposto de Renda - IRRF: () Sim () Não		
Nome:	Nascimento:	CPF:
Este filho é seu dependente para o Imposto de Renda - IRRF: () Sim () Não		
Nome:	Nascimento:	CPF:
Este filho é seu dependente para o Imposto de Renda - IRRF: () Sim () Não		

Vale Transporte: () Sim () Não *Obrigatório o preenchimento do formulário abaixo DUVT.	Tipo: () Metro () BH Bus () Metropolitano () Outros descreva: _____
Quantidade diária:	Valor: R\$ _____ Empresa: _____

Dados Bancário: Nome do Banco: ITAU Tipo de conta: () Corrente () Poupança () Conta Fácil
Agência: _____ Conta: _____ Operação: _____

UNIFORME (P, M, G, GG, EXG) *O fornecimento do Uniforme dependerá do contrato		
CAMISA:	CALÇA:	CALÇADO:

Assinatura: _____	Data: ____/____/____.
-------------------	-----------------------

Declaro para todos os fins legais, que as informações aqui fornecidas, são exatamente verdadeiras, assumindo inteira responsabilidade pelas mesmas. As informações inexatas poderão gerar desclassificação e reprovação no processo seletivo ou caso admitido em rescisão contratual.

FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO COLABORADOR

Nome:		CPF:
Cargo:		Setor:
Telefone:	Supervisor:	
Possui algum tipo de deficiência: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Mental/Intelectual <input type="checkbox"/> Não Já trabalhou como deficiente em outra empresa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Qual a sua altura aproximada?		
Você já amputou/perdeu alguma parte do seu corpo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual?		
Possui dificuldade de caminhar, movimentar braço, perna, ombro, cotovelo, antebraço, joelho, coluna, punho ou dedo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Descreva sua dificuldade: Qual a causa? É definitivo/para sempre? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Você utiliza bolsa de colostomia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Você tem dificuldade de ouvir? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Utiliza aparelho auditivo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Já fez alguma vez o exame de audiometria? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Você tem dificuldade de enxergar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Utiliza óculos ou lentes corretivas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, quantos graus? _____ Direito _____ Esquerdo Com ele, você consegue enxergar normalmente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Possui alguma prótese ocular ou é cego de um olho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Você tem dificuldades de comunicação verbal e não verbal, cuidado pessoal, interação social, lazer, trabalho ou estudos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual? _____ Ela começou na infância ou adolescência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Descreva sua dificuldade:		
Você já passou por algum processo de reabilitação junto ao INSS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Recebeu algum certificado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, gentileza tirar cópia e anexar o certificado.		
Assinatura:		Data:



DADOS ADMISSÃO – PREENCHIMENTO SETOR DEPARTAMENTO PESSOAL

Unidade/Projeto/C.Custo: _____ Projeto: _____ LOTE: _____

AVANTE SOCIAL INSTITUTO DE DIGNIDADE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL - IDDS

Tipo de Admissão:

Contrato por Tempo Determinado Contrato por Tempo Indeterminado

Estagiário Jovem Aprendiz Contrato de Experiência

Data Admissão:

Função:

Remuneração: R\$

CBO: _____

Horário:

Horas Trabalho mês: _____ Horas Trabalho Semanal: _____ Desc. Semanal: _____

Obs:

Local de Trabalho:



DUVT - DECLARAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO VALE-TRANSPORTE

EMPREGADOR:
INSTITUTO DE DIGNIDADE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

EMPREGADO

Nome: _____ MATRICULA _____ CPF: _____

LOCAL DE TRABALHO (INFORMAR O NOME DA ESCOLA/HOSPITAL/UPA)

ENDEREÇO (Anexar comprovante de endereço atualizado)

Rua/Avenida/Beco: _____, Nº _____ Complemento _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Telefone para contato: () _____ / () _____

ADMISSÃO ()

ALTERAÇÃO ()

CANCELAMENTO ()

Leia atentamente as observações, abaixo, antes de assinalar a opção.

- () **NÃO TENHO** necessidade de usufruir da concessão do vale-transporte.
- () **TENHO** necessidade de usufruir da concessão mensal do vale-transporte, pelo que presto as informações e faço as declarações a seguir:

Nome da Operadora de ônibus: _____ Nº Cartão: _____

Nome da Operadora de ônibus: _____ Nº Cartão: _____

Nome da Operadora de ônibus: _____ Nº Cartão: _____

IDA

MEIO DE TRANSPORTE	NÚMERO DA LINHA	VALOR DA PASSAGEM	QUANTIDADE IDA

VOLTA

MEIO DE TRANSPORTE	NÚMERO DA LINHA	VALOR DA PASSAGEM	QUANTIDADE VOLTA

OBSERVAÇÕES:

1. Todo funcionário tem o direito de solicitar vale-transporte. Para tanto, deve preencher, de maneira completa, este formulário.
2. Sempre que ocorrer alterações quanto a tarifa, número de ônibus, endereço ou qualquer outra das informações constantes acima, novo formulário deverá ser preenchido pelo empregado, sob pena de suspensão do benefício, sem qualquer direito ao benefício no período anterior à regularização.
3. O vale-transporte só pode ser utilizado, em transporte com característica de urbano (ônibus ou trem metropolitano), para o empregado se dirigir da sua residência ao local de trabalho e, depois do expediente, de volta à sua residência.
4. O vale-transporte não pode ser cedido a outra pessoa, mesmo que familiar do empregado.
5. Os custos do vale-transporte serão de responsabilidade do empregado no valor equivalente a 6% (seis por cento) de seus vencimentos, sendo descontados em folha de pagamento. O custo dos vales-transportes que exceder este valor será pago pelo empregador.
6. O número de vale-transporte deve ser o suficiente para o número de dias de trabalho efetivo.
7. O empregado que dispõe de passe para uso em transporte coletivo urbano não tem direito ao vale-transporte.
8. Em caso de perda, roubo e dano do cartão, será solicitada 2ª via e descontado o valor em folha de pagamento.
9. Prazo para disponibilização da 2ª via é de 7 a 10 dias úteis e o vale transporte nesse período deverá ser custeado pelo funcionário.

Declaro, sob as penas da lei, que utilizarei o vale-transporte exclusivamente para o deslocamento ida e volta no trajeto RESIDENCIA/TRABALHO/RESIDENCIA e que as informações que presto são a pura expressão da verdade.

Declaro, ainda, estar ciente que a falsa declaração ou a omissão de dados neste formulário constituem motivos para rescisão, pôr justa causa, do contrato de trabalho.

Betim, _____ de _____ de _____

Assinatura do Empregado