|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | | | |
| Imagem relacionada   |  | | --- | | **PREFEITURA DE LUZERNA** | | | | |
| ***SETOR DE DESENVOLVIMENTO HUMANO*** | | | |
| ***FORMULÁRIO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL PARA O eSOCIAL*** | | | |
|  |  |  |  |
| **Prezado Colaborador (a):** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ***O correto preenchimento deste formulário é necessário para o envio de dados obrigatórios, relativos à folha de pagamento, para o governo federal. Deste modo solicitamos a leitura atenta a todos os campos solicitados.*** | | | |
|  |  |  |  |
| **Nome:** | | | |
| **Nome do Cargo: Carga Horária Semanal:** | | | |
| **( ) Efetivo ( ) Temporário ( ) Comissionado ( ) Estágio ( ) Conselheiro Tutelar** | | | |
| **Local de Trabalho:** |  |  |  |
| **Endereço Residencial** | | | |
| **Rua:** | | | |
| **Número: Edifício: Apt:** | | | |
| **Bairro / Loteamento:** | | | |
| **Cidade: CEP:** | | | |
| **Contato Pessoal** | | | |
| **Telefone DDD + n°: Celular DDD + n°:** | | | |
| **E-mail principal:** | | | |
| **Informações Pessoais** | | | |
| **Data de Nascimento: Cidade de Nascimento:** | | | |
| **Sexo: ( ) masculino ( ) feminino** | | | |
| **Nacionalidade: ( ) Brasileiro ( ) Estrangeiro (País: ) ( ) Naturalizado** | | | |
| **Grau de Instrução: ( ) analfabeto ( ) alfabetizado** | | | |
| **( ) fundamental\* ( ) médio\* ( ) superior\* ( ) especialista\* ( ) outro - Qual?\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| **\* Para as opções marcadas com asterisco deve marcar [ ] completo [ ] incompleto [ ] cursando** | | | |
| **Estado Civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) separado ( ) viúvo** | | | |
| **( ) União estável (não altera o estado civil, caso possua união estável deve selecionar também o estado civil anterior à união)** | | | |
| **N° RG:** | | **Orgão Expedidor:** | |
| **Estado (UF):** |  | **Data de Emissão:** | |
| **N° CPF:** | | | |
| **N° PIS/PASEP:** | | **Data do Cadastro:** |  |
| **N° da Carteira de Trabalho:** | | **Série:** |  |
| **Estado (UF):** |  | **Data de Emissão:** | |
| **N° Título de Eleitor: Zona Eleitoral: Sessão:** | | | |
| **N° CNH: Categoria: Estado (UF):** | | | |
| **Preencher com as datas:** |  |  |  |
| **Emissão da CNH: Vencimento da CNH: 1ª Habilitação:** | | | |
| **N° do Certificado de Reservista/Dispensa:** | | | |
| **Filiação** | | | |
| **Nome da Mãe:** |  |  |  |
| **Nome do Pai:** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Dependentes** | | | |
| **Possui dependentes: ( ) sim ( ) não** | | | |
| **Nome de cada dependente com sua respectiva data de nascimento, CPF e tipo de dependência (cônjuge, filho ou enteado até 21 anos; filho ou enteado até 24 anos cursando ensino superior ou técnico; filho ou enteado incapacitado para o trabalho; dependente judicial (pais, avós, irmãos, netos...); incapacitados; pessoa sob guarda judicial adquirida até 21 anos, com idade de até 21 anos ou com idade até 24 anos cursando ensino superior/técnico):** | | | |
|
|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Informações Bancárias** | | | |
| ***Banco do Brasil (BB)*** |  |  | ***Outra Conta Corrente*** |
| **Tipo de Conta no BB: ( ) Corrente ( ) Salário** | | | **Nome do Banco:** |
| **N° da Conta do BB:** |  |  | **N° da Conta:** |
| **Agência do BB:** |  |  | **Agência:** |
| **Outro Vínculo Trabalhista** | | | |
| **Possui outro vínculo trabalhista? ( ) sim ( ) não** | | | |
| **Nome da empresa:** |  |  |  |
| **CNPJ:** |  |  |  |
| **Remuneração na empresa:** |  |  |  |
| **Comentários:** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Informações Adicionais** | | | |
| **LEI Nº 14.553, DE 20 DE ABRIL DE 2023** |  |  |  |
| **Etnia/Raça: ( ) Amarela ( ) Branca ( ) Indígena ( ) Parda ( ) Preta** | | | |
| **Cor dos Olhos: ( ) Azuis ( ) Castanhos ( ) Pretos ( ) Verdes** | | | |
| **Peso (kg): Estatura (m):** | | | |
| **Grupo Sanguíneo: ( ) A ( ) B ( ) AB ( ) O Fator RH: ( ) Positivo ( ) Negativo** | | | |
| **Pessoa com deficiência? ( ) sim ( ) não** | | |  |
| **Tipo: ( )motora ( )visual ( )auditiva ( )intelectual ( )autismo ( )múltipla ( )outra - descrever nas observações** | | | |
| **CID (N° da Classificação Internacional de Doenças):** | |  |  |
| **Observações e especificações do tipo de deficiência marcado:** | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **DECLARAÇÃO** | | | |
|  |  |  |  |
| Declaro para os devidos fins que as informações constantes desse formulário são fieis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época. | | | |
| Declaro que todas as informações mencionadas nesse formulário foram extraídas dos meus documentos e são da minha inteira responsabilidade. | | | |
| Além disso, fui informado que se houver qualquer alteração nesta Declaração, a mesma deverá ser modificada junto ao Setor de Desenvolvimento Humano. | | | |
| Por fim, fico ciente que através desse documento a falsidade das informações configura crime previsto no Código Penal Brasileiro e passível de apuração na forma da Lei. | | | |
| Nada mais a declarar e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmo a presente. | | | |
|  |  |  |  |
| Luzerna, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024. | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Assinatura | | | |