



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
MUNICÍPIO DE CORUMBÁ
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Prezado Servidor,

Este formulário tem como objetivo a atualização do cadastro da folha de pagamento conforme exigência do eSocial. O eSocial é um programa do Governo Federal **OBRIGATÓRIO**, para envio de informações e obrigações fiscais, trabalhistas e previdenciárias. Por isso, o correto preenchimento de todos os campos deste formulário é de crucial importância. Deste modo solicitamos o preenchimento abaixo com atenção e sem rasuras.

DADOS DO TRABALHADOR (o nome deve ser preenchido idêntico ao CPF, cadastro da Receita Federal):

Nome: _____
Nome Social: _____
CPF: _____ nº PIS/PASEP: _____ Nacionalidade: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Local de nascimento: _____ UF: ____
Nome da mãe: _____
Nome do pai: _____
Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Separado () Viúvo () União Estável
Sexo: () Masculino () Feminino Raça/Etnia: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

DADOS COMPLEMENTARES DO TRABALHADOR:

Endereço: _____
Número _____ Complemento: _____ Bairro _____
Cidade: _____ CEP: _____

INFORMAÇÕES DE CONTATO DO TRABALHADOR:

Telefone: Fixo () _____ Celular 1 () _____ Celular 2 () _____ e-mail 1:

e-mail 2: _____
Secretaria: _____ Local de trabalho: _____

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR:

Nº da CTPS: _____ Série: _____ UF: _____ Data Emissão: ____/____/____
Nº do RG: _____ Data de Expedição: ____/____/____ Órgão Expedidor: _____
Nº da CNH: _____ Categoria: _____ Emissão: ____/____/____ Validade: ____/____/____
Nº do Título de Eleitor: _____ Seção: _____ Zona: _____
Nº do Certificado de Reservista: _____ Série: _____ Dispensa: ____/____/____
Conselho de Classe: _____
nº do Registro: _____ Data de Validade: ____/____/____

ESCOLARIDADE DO TRABALHADOR:

() Analfabeto, inclusive o que, embora tenha recebido instrução, não se alfabetizou.
() Até o 5º ano incompleto do Ensino Fundamental (antiga 4ª série) ou que se tenha alfabetizado sem ter frequentado escola regular.
() 5º ano completo do Ensino Fundamental.
() Do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental incompleto (antiga 5ª a 8ª série).
() Ensino Fundamental Completo. () Ensino Médio Incompleto. () Ensino Médio Completo.
() Educação Superior Incompleta. () Educação Superior Completa. () Pós-Graduação Completa.
() Mestrado Completo () Doutorado Completo.



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
MUNICÍPIO DE CORUMBÁ
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

TRABALHADOR ESTRANGEIRO:

Data da chegada do trabalhador ao Brasil, em caso de estrangeiro: ____/____/____
Data de naturalização brasileira em caso de estrangeiro naturalizado: ____/____/____
Condição de casado com brasileiros em caso de trabalhador estrangeiro: () Sim () Não
Se o trabalhador estrangeiro tem filhos com brasileiro: () Sim () Não

PESSOA COM DEFICIÊNCIA:

Deficiência Física : () Sim () Não Deficiência Mental: () Sim () Não
Deficiência Visual : () Sim () Não Deficiência Intelectual: () Sim () Não
Deficiência Auditiva : () Sim () Não Reabilitado ou Readaptado: () Sim () Não
Observações: _____

DEPENDENTES ESOCIAL (colocar o nº do tipo de dependência, conforme tabela):

- 01 – Cônjuge;
- 02 – Companheiro (a) com o (a) qual tenha filho ou viva há mais de 5 (cinco) anos ou possua declaração de união estável;
- 03 – Filho (a) ou enteado (a);
- 04 – Filho (a) ou enteado (a) universitário (a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos;
- 05 – Irmão(a), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial;
- 06 – Pais, avós e bisavós;
- 07- Menor pobre do qual detenha a guarda judicial;
- 08 – A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor ou curador.
- 09 – Ex-cônjuge;
- 10 – Agregado/Outros.

CPF	Nome	Sexo	Data de Nascimento	Tipo de Dependência	Dependente IRPF	Dependente Salário Família	Incapacidade Física ou Mental
			__/__/__		()Sim ()Não	()Sim ()Não	()Sim ()Não
			__/__/__		()Sim ()Não	()Sim ()Não	()Sim ()Não
			__/__/__		()Sim ()Não	()Sim ()Não	()Sim ()Não
			__/__/__		()Sim ()Não	()Sim ()Não	()Sim ()Não
			__/__/__		()Sim ()Não	()Sim ()Não	()Sim ()Não
			__/__/__		()Sim ()Não	()Sim ()Não	()Sim ()Não
			__/__/__		()Sim ()Não	()Sim ()Não	()Sim ()Não
			__/__/__		()Sim ()Não	()Sim ()Não	()Sim ()Não
			__/__/__		()Sim ()Não	()Sim ()Não	()Sim ()Não

DEPENDENTES PREVIDENCIÁRIOS (colocar o nº do tipo de dependência, conforme tabela):

- 01 – Cônjuge;
- 02 – Cônjuge divorciado/separado judicialmente, desde que tenha sido assegurada à percepção de alimentos;
- 03 – Companheiro(a) (União Estável);
- 04 – Filho(a) até 21 anos;
- 05 – Filho(a) inválido(a) – Comprovação da invalidez por meio de laudos e exames médicos recentes, se for o caso;
- 06 – Menor sob tutela/enteado (a) até 21 anos;
- 07 – Pais – Comprovação de dependência econômica relativamente ao ex-segurado (Declaração de rendimentos anual, feita à Receita Federal).
- 08 – Irmãos - Comprovação de dependência econômica relativamente ao ex-segurado (Declaração de rendimentos anual, feita à Receita Federal).



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
MUNICÍPIO DE CORUMBÁ
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

CPF	Nome	Sexo	Data de Nascimento	Tipo de Dependência
			__/__/__	
			__/__/__	
			__/__/__	
			__/__/__	
			__/__/__	
			__/__/__	
			__/__/__	
			__/__/__	

DEPENDENTES PLANO DE SAÚDE (colocar o nº do tipo de dependência, conforme tabela):

01 – Dependente.

02 – Dependente Agregado.

CPF	Nome	Sexo	Data de Nascimento	Tipo de Dependência
			__/__/__	
			__/__/__	
			__/__/__	
			__/__/__	
			__/__/__	
			__/__/__	
			__/__/__	
			__/__/__	

OUTROS VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS / TRABALHISTAS

Possui outro emprego () Sim () Não - Se sim, favor preencher os dados do emprego abaixo.

Local: _____

CNPJ: _____ Remuneração mensal: _____

Comentários: _____

Local: _____

CNPJ: _____ Remuneração mensal: _____

Comentários: _____

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que as informações constantes desse formulário são fiéis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época.

Declaro que todas as informações mencionadas nesse formulário foram extraídas dos documentos e são da minha inteira responsabilidade.

Declaro que estou ciente de que se houver qualquer alteração dos dados ou informações constantes neste formulário, os mesmos deverão ser informados junto ao Departamento de Recursos Humanos.

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.

_____, ____ de _____ de _____