INFORMAÇÕES CADASTRAIS

DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO: _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____ CEP: _____

CIDADE: _____ ESTADO/UF: AC CELULAR: (_____) _____

DATA DE NASCIMENTO: 1 / 1 / _____ ESTADO CIVIL: _____

CPF: _____ RG: _____

CONEXÃO

Você sabia que o **[NOME EMPRESA]** tem um canal de WhatsApp para melhorar ainda mais a nossa comunicação? Pelo canal, você receberá vários conteúdos informativos, como:

- Lembretes de encontros promovidos pelo escritório (Diversidade & Inclusão, webinar, *lives*);
- Notícias sobre novos benefícios

Você gostaria de fazer parte desta **CONEXÃO**? SIM

Se sim, informar seu número: (_____) _____

DADOS BANCÁRIOS

Informar sua **CONTA CORRENTE,** de qualquer instituição financeira:

BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ DIG. AGÊNCIA: _____

Nº CONTA CORRENTE: _____ DIG. CONTA CORRENTE: _____

NOME ADOTADO: _____

O Nome escolhido será utilizado em todos os sistemas do escritório.

LOCAL E DATA: _____, _____ de JANEIRO de _____.

_____

ASSINATURA

AUTORIZAÇÃO DO DESCONTO DE VALE REFEIÇÃO

Eu, _____, portador (a) do CPF:_____, autorizo o meu empregador, **[NOM DA EMPRESA]**, a descontar mensalmente de minha remuneração e de eventuais verbas rescisórias e indenizatórias os seguintes valores:

(I) A minha participação no custeio do benefício, o qual será concedido mensalmente através de créditos no cartão refeição destinado exclusivamente para este fim;

(II) Eventual quantia a ser cobrada pela emissão de um novo cartão refeição em caso de perda ou quebra;

E

(III) Eventual saldo remanescente em caso de rescisão do contrato de trabalho, por qualquer motivo.

LOCAL E DATA: _____, _____ de JANEIRO de _____.

_____

ASSINATURA

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES DO IMPOSTO DE RENDA NA FONTE

(PREENCHIMENTO OBRIGADO, MESMO QUE NÃO TENHA DEPENDENTES)

NOME COMPLETO: _____

Podem ser dependentes, para efeito do Imposto de Renda:

1 - Companheiro (a) com quem o contribuinte tenha filho ou viva há mais de 5 anos, ou cônjuge;
2 - Filho (a) ou enteado (a) até 21 anos de idade, ou, em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
3 - Filho (a) ou enteado (a) universitário ou cursando escola técnica de segundo grau, até 24 anos;
4 - Irmão (ã), neto (a) ou bisneto (a), sem arrimo dos pais, de quem o contribuinte detenha a guarda judicial, até 21 anos, ou em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
5 - Irmão (ã), neto (a) ou bisneto (a), sem arrimo dos pais, com idade de 21 anos até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até os 21 anos;
6 - Pais, avós e bisavós que, em 2007, tenham recebido rendimentos, tributáveis ou não, até R$ 14.992,32;
7 - Menor pobre até 21 anos que o contribuinte crie e eduque e de quem detenha a guarda judicial;
8 - Pessoa absolutamente incapaz, da qual o contribuinte seja tutor ou curador.

ATENÇÃO:
Filho de pais separados:
I - O contribuinte pode considerar como dependentes os filhos que ficarem sob sua guarda, em cumprimento de decisão judicial ou acordo homologado judicialmente, não sendo declarado pela outra parte.
(Lei nº 9.250, de 1995, art. 35; RIR/1999, art.77, § 1º; IN SRF nº 15, de 2001, art. 38)

	NOME	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	CPF
1				
2				
3				
4				
5				

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações contidas nessa declaração e comprometo-me a comunicar qualquer alteração que venha ocorrer.

LOCAL E DATA: _____, _____ de JANEIRO de _____.

_____ _____

ASSINATURA **ASSINATURA**

(Pai ou mãe dos dependentes declarados (em caso de filhos)

OPÇÃO DA ASSISNTÊNCIA ODONTOLÓGICA – METLIFE

Eu, _____, portador (a) do CPF _____, e portador (a) da cédula de identidade RG_____, TENHO _____ interesse em aderir ao plano odontológico ofertado pelo escritório.

LOCAL E DATA: _____, _____ de JANEIRO _____ de _____.

_____

ASSINATURA

OPÇÃO DE VALE TRANSPORTE

NOME COMPLETO: _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: AC CEP: _____

Tem interesse em solicitar o Vale Transporte? _____ - _____
SIM **NÃO**

Se sim, continuar com o preenchimento.

Condução Utilizada Por Dia:

TIPO	QTDE	VALOR UNITÁRIO
ÔNIBUS		
METRÔ		

TIPO	QTDE	VALOR UNITÁRIO
TREM		
INTEGRAÇÃO		

O ônibus é:

_____ **- MUNICIPAL (SPTRANS)**

_____ **- INTERMUNICIPAL (BOM, BEM, DENTRE OUTROS)**

Em caso de ônibus intermunicipal, o nome da (s) linha (s) de ônibus é (são):

1) _____

2) _____

3) _____

Reconheço que me será descontado mensalmente uma parcela equivalente a 6% do meu salário base, limitada ao valor do benefício. _____ **- SIM.**

A presente declaração deverá ser renovada sempre que houver alteração de endereço residencial ou meio de transporte utilizado, sob pena de suspensão do benefício até o cumprimento desta exigência.

Em caso de haver somente o desconto de 6% do salário, o colaborador compromete-se a utilizar este benefício exclusivamente no deslocamento ao longo do trajeto residência - trabalho - residência.

A declaração falsa ou o uso indevido deste benefício caracteriza ato de improbidade e dá margem à rescisão do contrato de trabalho por justa causa conforme artigo 482 da CLT.

Declaro estar ciente dos termos acima.

LOCAL E DATA: _____, _____ de JANEIRO de _____.

_____

ASSINATURA

OPÇÃO DE VALE REFEIÇÃO E VALE ALIMENTAÇÃO

Visando o bem estar de nossos colaboradores, é com enorme satisfação que temos a parceria com o **ALELO TUDO.**

Um cartão flexível, modular e adaptável. Com ele você terá a possibilidade de suprir seus desejos de acordo com suas necessidades, seja para **REFEIÇÃO** ou **ALIMENTAÇÃO**. Oferecendo serviços digitais e vantagens exclusivas, o Alelo Tudo é o cartão completo que te dá a liberdade de escolha!

Agora é hora de escolher, entre as opções abaixo, a opção que atende suas necessidades. **Vale lembrar que, a escolhora será válida até a próxima eleição.**

OPÇÃO 1	
VALE REFEIÇÃO	VALE ALIMENTAÇÃO
25%	75%

OPÇÃO 3	
VALE REFEIÇÃO	VALE ALIMENTAÇÃO
75%	25%

OPÇÃO 2	
VALE REFEIÇÃO	VALE ALIMENTAÇÃO
50%	50%

OPÇÃO 4	
VALE REFEIÇÃO	VALE ALIMENTAÇÃO
100%	0%

Eu, _____, escolho a **OPÇÃO Nº** 01.

Tenho ciência que a escolha será mantida por mim até a próxima eleição deste benefício. _____ **- SIM.**

LOCAL E DATA: _____, _____ de JANEIRO de _____.

_____

ASSINATURA