



Solicitação de Pagamento de CLT SICONV

Entregar até o dia 20 (vinte) de cada mês

Ficha de Pedido de Contratação de Pessoal

Matrícula

Carimbo de Recebimento

Carimbo de Análise

Admissão

Nome do Funcionário *

CPF do Funcionário *

Cargo (Tabela de Salário COPPETEC) *

Função/CBO *

Livro *

Folha do Registro *

Primeiro Emprego *

 Sim Não

Período de Experiência *

 Sim (45+45=90dias)

Trabalhador Aposentado *

 Sim Não

Tipo de Vínculo *

 CLT Menor Aprendiz

Tipo de Carteira de Trabalho *

 Física Digital

Nome do Coordenador *

Programa *

Nº do Projeto/ Fundo *

Data de Contratação *

 / /

Data do Exame Admissional *

 / /

Telefone do Projeto/ Fundo *

E-mail do Projeto/ Fundo *

Classificação do Financiador (Tabela de HH - Exclusivo para Projetos Vinculados) *

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mestre II | <input type="checkbox"/> Recém-Doutor | <input type="checkbox"/> Doutor I | <input type="checkbox"/> Júnior | <input type="checkbox"/> Auxiliar Adm. II | <input type="checkbox"/> Téc. Nível Médio II |
| <input type="checkbox"/> Mestre I | <input type="checkbox"/> Doutor III | <input type="checkbox"/> Sênior | <input type="checkbox"/> Pesquisador II | <input type="checkbox"/> Auxiliar Adm. I | <input type="checkbox"/> Téc. Nível Médio I |
| <input type="checkbox"/> Recém-Mestre | <input type="checkbox"/> Doutor II | <input type="checkbox"/> Pleno | <input type="checkbox"/> Pesquisador I | <input type="checkbox"/> Auxiliar Técnico | <input type="checkbox"/> Nível Médio/Graduação |

Local de Trabalho

CNPJ do proprietário da localização *

CEP *

Tipo de Logradouro/Logradouro *

Nº/Complemento *

Bairro *

Município *

UF *

País *

* Preenchimento Obrigatório
 * Os campos em cinza são preenchidos pela Fundação COPPETEC



Solicitação de Pagamento de CLT SICONV

Entregar até o dia 20 (vinte) de cada mês

Solicitação de Vale-Transporte

Dados do Programa e Coordenador

Programa *	Nº do Projeto/ Fundo *	Telefone do Projeto/ Fundo *	Data de Entrega *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome do Coordenador *	E-mail do Projeto/ Fundo *		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

O Vale- Transporte instituído por Lei Federal (Lei 7.418/85, Decreto 95.247/87 e Lei 7.619/89), consiste na compra pelo empregador junto às empresas de transporte, de ingressos que franqueiam a utilização do transporte urbano, mediante a sua apresentação. O empregado, que optar pela utilização do vale-transporte, pagará 6% de seu salário através de desconto em folha.

Dados do Trabalhador

Nome *

E-mail *

Telefone *

CEP *

Tipo de Logradouro/Logradouro *

Nº/Complemento *

Bairro *

Município *

UF *

País *

Sim, quero receber Vale Transporte Não quero receber Vale Transporte Já possuo cartão de Vale Transporte Nº

Comprometo-me a utilizar o Vale - Transporte, exclusivamente nos deslocamentos residência-trabalho-residência, ciente de que o uso indevido constituirá falta grave, ensejando punição, nos termos da legislação específica. Declaro a seguir o(s) meio(s) de transporte utilizados neste percurso, bem como o preço unitário das passagens.

Barcas Metrô Ônibus Trem Integração Metrô x Ônibus Integração Metrô x Trem

Residência x Trabalho

Empresa	Linha	Preço
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Percurso		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Percurso		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Percurso		

Trabalho x Residência

Empresa	Linha	Preço
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Percurso		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Percurso		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Percurso		

Anexar comprovante de endereço atualizado para solicitações e/ou alterações nos valores das passagens

Favorecido _____

Coordenador _____

* Preenchimento Obrigatório
 › Os campos em cinza são preenchidos pela Fundação COPPETEC



Solicitação de Pagamento de CLT SICONV

Entregar até o dia 20 (vinte) de cada mês

Solicitação do Benefício Alimentação

Dados do Programa e Coordenador

Programa *

Nº do Projeto/ Fundo *

Telefone do Projeto/ Fundo *

Data de Entrega *

 / /

Nome do Coordenador *

E-mail do Projeto/ Fundo *

O Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) foi instituído pela Lei nº 6321, de 14 de Abril e 1976 e regulamentado pelo Decreto nº 5, de 14 de janeiro de 1991, tem por objetivo a melhoria da situação nutricional dos trabalhadores, visando a promover sua saúde.

Dados do Trabalhador

Nome *

E-mail *

Telefone *

CEP *

Tipo de Logradouro/Logradouro *

Nº/Complemento *

Bairro *

Município *

UF *

País *

- Valor por dia útil trabalhado: R\$39,39 (trinta e nove reais e trinta e nove centavos)
- Estou ciente de que sou favorecido pelo Benefício Alimentação/Refeição e que o seu uso indevido constituirá falta grave e de que a minha participação financeira será de 0,5% de custo direto da alimentação/refeição (art.2º, §1, do Decreto nº 349, de 1991, e o art 4º da Portaria nº 03/2002) a ser descontada diretamente em folha.

Por livre escolha opto receber:

VR, Vale Refeição

VA, Vale Alimentação

Favorecido

Coordenador

* Preenchimento Obrigatório
 › Os campos em cinza são preenchidos pela Fundação COPPETEC



Solicitação de Pagamento de CLT SICONV

Entregar até o dia 20 (vinte) de cada mês

Manifestação de interesse sobre o plano de saúde

Dados do Programa Coordenador

Programa *	Nº do Projeto/ Fundo *	Telefone do Projeto/ Fundo *	Data de Entrega *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome do Coordenador *	E-mail do Projeto/ Fundo *		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Dados do Trabalhador

Nome *				
<input type="text"/>				
E-mail *			Telefone *	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
CEP *	Tipo de Logradouro/Logradouro *			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Nº/Complemento *	Bairro *	Município *	UF *	País *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Por livre escolha opto por:

CAURJ - Entrada no plano, após o primeiro desconto

A Fundação COPPETEC firmou Convênio com a CAURJ para a implantação de Plano de Saúde Básico e Especial para todos os seus funcionários.

Para os que aderirem neste período, será de encargo do funcionário o valor de R\$226,12 referente ao Plano Básico ou R\$432,37 referente ao Plano Especial debitado do salário. Os Planos preveem exames e atendimento na rede hospitalar credenciada, assistência ambulatorial, hospitalar e obstetrícia com abrangência regional.

Carências: Consultas: Zero, Exames laboratoriais: Zero, Exames Complementares: 90 dias, Internações: 180 dias, Partos: 300 dias, Atendimento de Emergência: 24 horas, Pré Existentes: 180 dias. Carências devem ser contadas a partir da efetiva disponibilização dos serviços do plano de saúde.

- Sim, quero aderir ao plano CAURJ
- Plano Básico Plano Especial
- Urgência e Emergência 24horas (SOS Ambulância) - R\$10,00
Empresa responsável: Sistema de Emergência Médica Móvel do Rio de Janeiro (VIDA)
- Odonto Prev Plano Integral - R\$15,00
- Odonto Prev Plano Master - R\$60,00

GOLDEN CROSS - Desconto após o primeiro mês de utilização do plano

A Fundação COPPETEC firmou Convênio com a Golden Cross para a implantação de Plano de Saúde Especial Quarto e Plano Básico para todos os funcionários.

Para os que aderirem neste período, será de encargo do funcionário o valor de R\$ 1.189,79 referente ao Especial Quarto ou R\$ 936,80 referente ao Plano Básico debitado do salário. O plano prevê exames e atendimento na rede hospitalar credenciada, assistência ambulatorial, hospitalar e obstetrícia com abrangência nacional.

Carências: Consultas: 24 horas, Exames laboratoriais: 30 dias, Exames Complementares: 120 dias, Internações: 180 dias, Partos: 300 dias, Atendimento de Emergência: 24 horas. Carências devem ser contada a partir da efetiva disponibilização dos serviços do plano de saúde.

- Sim, quero aderir ao plano Golden Cross
- Plano Básico Especial Quarto
- Goldental - 25,58

Rede Credenciada:
<http://www.goldencross.com.br/redereferenciada>

NENHUM PLANO ESCOLHIDO

- Não quero aderir à nenhum plano

No presente momento, opto pela não adesão ao plano de saúde fornecido pelo empregador.

- › A adesão dos planos de saúde poderá ocorrer a qualquer momento, bem como seu respectivo cancelamento e/ou alteração, mediante os encaminhamentos dos respectivos formulários da operadora de saúde escolhida.
- › As solicitações de inserção, exclusão ou mudança do plano deverão ser encaminhadas à GRH da Fundação COPPETEC, sempre até o dia 10 de cada mês, sempre mediante o preenchimento do respectivo formulário. **Todos os formulários poderão ser solicitados através do e-mail: rh@coppetec.coppe.ufrj.br**
- › Estou ciente de que a adesão do plano de saúde ensejará desconto em folha de pagamento referente ao que cabe ao colaborador
- › Este Formulário serve apenas como opção dos planos, tendo em vista que, deverá ser solicitado e preenchido no RH da Fundação COPPETEC a proposta de adesão ao Plano de Saúde da operadora de saúde escolhida.

Informação Importante: A habilitação do plano de saúde e liberação para utilização poderá levar até 40 dias. É indispensável atender especificações e regras das operadoras. Conheça o Roteiro para Solicitação/Adesão ao plano de saúde.

Favorecido

Coordenador

5/18



Solicitação de Pagamento de CLT SICONV

Entregar até o dia 20 (vinte) de cada mês

Roteiro para Solicitação/Adesão de Plano de Saúde

Roteiro para Solicitação/Adesão ao plano de saúde CAURJ.

› Colaborador: Preenchimento até o dia 10 de cada mês, do formulário com as opções de operadoras e serviços, bem como, autorização para débito em folha de pagamento;

› Colaborador: Preenchimento até o dia 10 de cada mês, dos formulários de adesão ao plano de saúde, declaração de doenças pré-existentes e cópias de documentos;

› GRH – COPPETEC: Encaminhamento a CAURJ dos formulários de adesão ao plano de saúde, declaração de doenças pré-existentes e cópias de documentos - no dia 11 de cada mês;

› GRH – COPPETEC: Acompanhamento junto a CAURJ para sanar pendências, validação dos formulários e cópias de documentos. Caso ocorra alguma divergência faremos contato com o colaborador por e-mail e na ausência, contato telefônico;

› GRH – COPPETEC: Primeiro desconto em folha de pagamento ocorre de forma antecipada a utilização do serviço, ou seja, primeiro ocorre o desconto em folha;

› CAURJ: O plano de saúde estará habilitado para utilização a partir do primeiro dia útil após ao mês da solicitação, quando entregue até o dia 10 de cada mês;

› Colaborador: Caso o colaborador necessite dos serviços do plano de saúde, poderá solicitar por e-mail (RH@COPPETEC.COPPE.UFRJ.BR), uma DECLARAÇÃO para atendimento, com validade de 30 (trinta) dias, para utilização do plano durante o prazo de confecção e entrega da(s) carteira(s) de identificação;

› GRH – COPPETEC: Assim que a(s) carteira(s) de identificação, estiver disponível, encaminharemos um e-mail ao colaborador comunicando liberação para retirada.

Roteiro para Solicitação/Adesão ao plano de saúde Golden Cross.

› Colaborador: Preenchimento até o dia 10 de cada mês, do formulário com as opções de operadoras e serviços, bem como, autorização para débito em folha de pagamento;

› Colaborador: Preenchimento até o dia 10 de cada mês, dos formulários de adesão ao plano de saúde, declaração de saúde, cadastro de doenças pré-existentes e anexar cópias de documentos;

› GRH – COPPETEC: No dia 11 de cada mês, é realizado o cadastramento do colaborador no portal da operadora GOLDEN CROSS, encaminhando juntamente os formulários, cópia dos documentos - no dia 11 de cada mês;

› GRH e Colaborador: Após o encaminhamento de todos dos documentos, aguardar o prazo de 7 (sete) dias úteis, para análise da documentação enviada. Caso a GOLDEN CROSS identifique alguma divergência faremos contato com o colaborador por e-mail, e na ausência, contato telefônico;

› GOLDEN CROSS: Após a aprovação dos documentos, o processo de inclusão do colaborador é encaminhado para o setor médico da GOLDEN CROSS, que fará contato diretamente com o colaborador (através dos telefones informados), para realização de entrevista médica a respeito de doenças pré-existentes;

› COPPETEC e GOLDEN CROSS: com todas aprovações, o plano de saúde estará habilitado para utilização a partir do 1º do mês subsequente a solicitação. O COLABORADOR receberá o número de matrícula por e-mail e na ausência, através de contato telefônico;

› COLABORADOR: Poderá utilizar os serviços, estará disponível a carteira de identificação digital, disponível no aplicativo da Golden Cross. A entrega da carteira física pode levar até 20 dias;

› GRH – COPPETEC: Assim que a(s) carteira(s) de identificação, estiver disponível, encaminharemos um e-mail ou na ausência, contato telefônico ao colaborador comunicando liberação para retirada.

› O plano de saúde da GOLDEN CROSS, tem seu desconto em folha ao final do mês, ou seja, primeiro o colaborador tem acesso ao serviço médico e tem o desconto ocorre a posterior.

* Preenchimento Obrigatório
› Os campos em cinza são preenchidos pela Fundação COPPETEC



Solicitação de Pagamento de CLT SICONV

Entregar até o dia 20 (vinte) de cada mês

Treinamento Admissional de Segurança / Ordem de Serviço

Dados do Programa e Coordenador

Programa *	N.º do Projeto/ Fundo *	Telefone do Projeto/ Fundo *	Data de Entrega *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome do Coordenador *	CPF do Coordenador *		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Dados do Trabalhador

Nome do Funcionário *	CPF *	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Cargo (Tabela de Salário COPPETEC) *	Função/CBO *	Telefone *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

O Coordenador:

- › Tem a possibilidade de zelar pela segurança dos integrantes que estiverem ao seu redor.
- › Emitir PT - Permissão de Trabalho antes do início das atividades, de acordo com PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais e NR33 e NR35, especificamente.
- › Fornecer o Equipamento de Proteção Individual necessário à atividade e garantir ambiente seguro e higiênico de trabalho para a execução de atividades.
- › O não cumprimento desta O.S. pode sujeitar o responsável às penas da lei.

Da Ordem de Serviço:

- › Todo Funcionário, antes de assumir suas atividades, deve ser integrado de acordo com a portaria 3.214/78 NR9, PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais.
- › O não cumprimento desta O.S. pode acarretar ao funcionário: advertência e até a sua demissão por justa causa.

Direitos do Trabalhador:

- › Treinamento de segurança do trabalho e informações quanto aos riscos existentes em suas atividades exercidas.
- › Garantia de todos os equipamentos de segurança necessários relacionados às atividades.
- › O funcionário não é obrigado a trabalhar em condições que contenham ato inseguro, dentro do ambiente de trabalho.

Obrigações do Coordenador e Funcionário:

- › Respeitar e não descaracterizar a sinalização de segurança.
- › Comunicar os acidentes de trabalho e de trajeto.
- › Comunicar de imediato as condições inseguras nos locais de trabalho ou equipamentos.
- › Apresentar-se no local de trabalho devidamente identificado.
- › Zelar e conservar os Equipamentos de Proteção Individual - EPI's
- › O funcionário tem obrigatoriamente de utilizar os EPI's de forma correta e para a finalidade a que se destina.
- › Manter sempre as condições de higiene no ambiente de trabalho.
- › Acompanhar, promover e participar dos **Diálogos Diários de Segurança - DDS**, caso for implantado.
- › O coordenador tem a obrigação de seguir as normas, responsabilizando-se pela saúde e segurança do seu subordinado.

Na execução das Tarefas:

- › Proporcionar e exigir sempre condições de trabalho para a área em que for atuar e adjacentes.
- › Usar habitualmente os Equipamentos de Proteção Individual - EPI adequados para cada serviço.
- › Zelar e verificar diariamente as condições dos equipamentos que serão utilizados durante as atividades.
- › Nunca operar um equipamento e/ou executar tarefas às quais não esteja devidamente capacitado e autorizado.
- › Transitar com segurança nas áreas internas do local de trabalho.
- › Observar, acompanhar e executar atividades que exerçam seu período ergonômico dentro do ambiente de trabalho.

Ciente

Declaro que recebi as orientações necessárias pela Fundação COPPETEC sobre Segurança do Trabalho, Saúde Ocupacional e Meio Ambiente, com treinamento ministrado pelo Coordenador supracitado, responsável pelo projeto nº _____, com base no artigo 393 (antigo 1058, do Código Civil e artigo 132 do Código Penal. Havendo dúvidas sobre o uso adequado dos EPI's para a atividade e das condições de trabalho, solicitar ao responsável esclarecimentos necessários sobre o assunto abordado.

Funcionário

Coordenador

Local e Data

* Preenchimento Obrigatório
› Os campos em cinza são preenchidos pela Fundação COPPETEC



DEPTO. SEGURANÇA DO TRABALHO – MEDLINE HEALTH SYSTEMS

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA DEVERÁ SER PREENCHIDA PELO RESPONSÁVEL DO LABORATÓRIO COM AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS ABAIXO. DESTA FORMA SERÁ EMITIDA UMA “APR” ATRAVÉS DESTE MODELO PADRÃO, EVITANDO ASSIM, ERROS OU PREENCHIMENTOS DIVERGENTES DA CONDIÇÃO REAL DE CADA LABORATÓRIO E COLABORADOR.

NOME LABORATÓRIO					
PROJETO				TELEFONE	
LOCALIZAÇÃO					
NOME COLABORADOR				ADMISSÃO	
CARGO / FUNÇÃO				CTPS / SERIE / UF	
DESCREVA A ATIVIDADE OBJETIVA DO PROFISSIONAL					
AMBIENTE	() CLIMATIZADO () CÉU ABERTO () ESTUFA () FORNOS () CALDEIRAS () ESPAÇO CONFINADO				
ATIVIDADE	() EM ALTURA () COM ELETRICIDADE () MATERIAIS EXPLOSIVOS () TRATAMENTO DE EFLUENTES () SOLO ORGÂNICO () SOLO CONTAMINADO () _____				
EPIS UTILIZADOS	() JALECO () ÓCULOS () BOTA / BOTINA () LUVAS LÁTEX () LUVAS PIGMENTADA () CAPACETE () MÁSCARAS DESCARTÁVEL () MÁSCARAS COM FILTRO () PROTETOR AURICULAR PLUG () PROTETOR AURICULAR TIPO CONCHA () CINTO TRAVA QUEDAS E TALABARTE () _____				
AGENTE FÍSICO () INFRA-SOM; () PRESSÕES ANORMAIS; () RUÍDOS; () RADIAÇÕES IONIZANTES; () FRIO EXCESSIVO; () UMIDADE; () CALOR EXCESSIVO; () RADIAÇÕES NÃO IONIZANTES; () TEMPERATURAS EXTREMAS; () ULTRASSOM; () VIBRAÇÕES.					
FONTE (INFORMAR TODOS OS MATERIAIS E PRODUTOS UTILIZADOS)					
TRAJETÓRIA	() AÉREA () CONTATO () INALAÇÃO () ABSORÇÃO				
EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO COLETIVA (EPC)	() ENCLAUSURAMENTO () ESTUFA () CAPELAS () MUFLAS () OUTROS, DESCREVER: _____				
AGENTE QUÍMICO () FUMOS; () GASES; () VAPORES; () NEBLINAS; () NÉVOAS; () POEIRAS; () PRODUTOS QUÍMICOS.					
FONTE (INFORMAR TODOS OS MATERIAIS E PRODUTOS UTILIZADOS)					
TRAJETÓRIA	() AÉREA () CONTATO () INALAÇÃO () ABSORÇÃO				
EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO COLETIVA (EPC)	() ENCLAUSURAMENTO () ESTUFA () CAPELAS () MUFLAS () OUTROS, DESCREVER: _____				
AGENTE BIOLÓGICO () BACIOS; () BACTÉRIAS; () FUNGOS; () PARASITAS; () PROTOZOÁRIOS; () VÍRUS.					
FONTE (INFORMAR TODOS OS MATERIAIS E PRODUTOS UTILIZADOS)					
TRAJETÓRIA	() AÉREA () CONTATO () INALAÇÃO () ABSORÇÃO				
EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO COLETIVA (EPC)	() ENCLAUSURAMENTO () ESTUFA () CAPELAS () MUFLAS () OUTROS, DESCREVER: _____				
AGENTE ERGONÔMICO () USO TERMINAL DE COMPUTADOR () ATIVIDADE REALIZADA EM PÉ () ATIVIDADE REALIZADA SENTADO () MAQUINÁRIOS () BANCADAS () OUTROS DESCREVER: _____					
FONTE					
AValiação MECÂNICA/ACIDENTES	() PROBABILIDADE () RISCO EMINENTE				
RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES					
RECEBIDO RH: / / - POR:	Assinatura e carimbo do Coordenador Médico responsável Campo EXCLUSIVO DO COORDENADOR PCMSO				
		SIM	NÃO	INSALUBRIDADE GRAU	SIM NÃO
	PERICULOSIDADE				
SOLICITADO POR - ASSINATURA E CARIMBO COODERNADOR DO LABORATÓRIO					

NOTA: Havendo mudanças ou alguma fonte de risco não relatada nesta avaliação, nova análise deverá ser realizada, bem como o envio das informações adicionais assinada pelos coordenadores em formulários próprios disponíveis na agência de RH da empresa.



Solicitação de Pagamento de CLT SICONV

Entregar até o dia 20 (vinte) de cada mês

Relação de Documentos para Contratação

Cópia dos seguintes documentos:

- › Carteira de Identidade;
- › Cartão de Inscrição CPF;
- › Cartão de Inscrição no PIS/PASEP;
- › Pesquisa do PIS - Caixa Econômica Federal;
- › Título de Eleitor;
- › Certificado de Reservista;
- › Comprovante bancário com número da Agência e Conta Corrente do funcionário (Não pode ser Caderneta de Poupança);
- › Carteira de Trabalho* (Cópia da fotografia e verso - qualificação);
- › Diploma ou Certificado do grau mais alto de escolaridade;
- › Comprovante de contribuição sindical (Se houver);
- › CREA;
- › Certidão de Nascimento ou Casamento;
- › Certidão de nascimento dos filhos menores de 14 anos;
- › Certidão de vacinação dos filhos menores de 07 anos;
- › Declaração escolar para filhos de 7 a 14 anos;
- › Comprovante de residência atual com o número do CEP**.

*A carteira de trabalho pode ser física ou digital.

**Caso o comprovante de residência não esteja no nome do próprio, anexar declaração do proprietário de próprio punho acompanhado da cópia da identidade.

Trazer seguintes documentos:

- › 02 (duas) fotos 3x4 recentes;
- › Carteira de Trabalho (original);
- › Currículo Lattes para contratações a nível técnico e nível superior.

Importante:

- › Cadastramento prévio no banco de currículos da Fundação
- › Formalização do processo seletivo conforme Resolução - Contratação de Pessoas Físicas de 07/07/2017
- › Cadastramento prévio no banco de currículos da Fundação COPPETEC com upload de currículo lattes para contratações a nível técnico e nível superior.

› * Preenchimento Obrigatório
› Os campos em cinza são preenchidos pela Fundação COPPETEC



Solicitação de Pagamento de CLT SICONV

Entregar até o dia 20 (vinte) de cada mês
Roteiro para Contratação CLT

Coordenador do Projeto e/ou Fundo - Preencher e assinar

- › Solicitação de Pagamento de CLT - Pedido de Contratação de Pessoal
- › Cadastro de Pessoa Física
- › Declaração de Dependentes
- › Solicitação de Pagamento de CLT - Solicitação de Vale-Transporte
- › Solicitação de Pagamento de CLT - Solicitação de Benefício Alimentação/Refeição
- › Solicitação de Pagamento de CLT - Adesão ao Plano de Saúde
- › Solicitação de Pagamento de CLT - Treinamento Admissional de Segurança - Ordem de serviço
- › Solicitação de Pagamento de CLT - Atividade, risco e equipamento de proteção individual
- › Ficha de Avaliação de Campo
- › Conferir os documentos apresentados pelo candidato
- › Protocolar o pedido de contratação de celetista com 10 (dez) dias de antecedência a data de admissão desejada
- › Os pedidos de contratação de celetistas devem ser protocolados no RH da Fundação COPPETEC até o dia 20 (vinte) de cada mês
- › Formalização do processo seletivo conforme Resolução - Contratação de Pessoas Físicas de 07/07/2017

Fundação COPPETEC

- › Conferir os formulários, dados preenchidos e as cópias dos documentos apresentados
- › Repassar ao gerente/analista para aprovação conforme previsto no plano de trabalho e/ou similar
- › Repassar para verificação de saldo no projeto liberado para dar início ao pagamento
- › Após liberado, o pedido de contratação o RH da Fundação COPPETEC entra em contato com o candidato para agendar o exame médico admissional
- › Fornecer carta de encaminhamento para abertura de conta bancária; “ Contratação ficará aguardando o(a) candidato(a) apresentar a conta bancária. Candidato(a)
- › Apresentação de comprovante de conta bancária (corrente ou salário) junto ao Banco do Brasil;

Candidato

- › Comparecer ao exame médico admissional conforme agendado pelo RH, bem como atender as demais solicitações / encaminhamento para exames complementares definido pelo médico do trabalho para emissão do Atestado de Saúde Ocupacional.
- › Cadastramento prévio no banco de currículos da Fundação

Início das atividades laborais

O início das atividades laborais deve ocorrer apenas depois do exame médico admissional ser emitido com a informação APTO(A), devidamente sinalizado pelo RH através de comunicação por escrito. Não é permitida a contratação de celetista sem a prévia realização do exame médico admissional. Não é permitido o início de atividades laborais sem a liberação da Gerência de Recursos Humanos da Fundação Coppetec.



Cadastro de Pessoa Física

Entregar até o dia 20 (vinte) de cada mês

Matrícula	Termo		Carimbo de Recebimento		Carimbo de Análise
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Dados Pessoais

Nome * CPF *

Sexo * Masculino Feminino Estado Civil * Raça/Cor *

Nome Social * Instrução *

Nascimento

Data * / / Município * UF * País *

Nacionalidade

Nacionalidade * País * Naturalizado Sim Não Decreto da Naturalização Data de Publicação no D.O. / /

Necessidades Especiais *

Física Visual Auditivo Mental Intelectual Reabilitado

Endereço

CEP * Tipo de Logradouro/Logradouro *

Nº/Complemento * Bairro * Município * UF * País *

Contato

Residencial * Celular * Comercial *

E-mail *

* Preenchimento Obrigatório
 › Os campos em cinza são preenchidos pela Fundação COPPETEC



Cadastro de Pessoa Física

Entregar até o dia 20 (vinte) de cada mês

Dados

CPF *

PIS / PASEP / NIT *

Banco *

Agência *

Conta Corrente *

Município *

UF *

Documentos

› Preenchimento obrigatório de, **no mínimo, um** documento abaixo.

RG

Número *

Órgão *

UF *

Emissão *

RIC Registro de Identidade Civil

Número *

Órgão *

Emissão *

RNE Registro Nacional de Estrangeiros

Número *

Órgão *

Emissão *

Chegada ao Brasil

Condição de Ingresso no Brasil *

Visto com Vínculo Empregatário

 Sim Não

Órgãos de Classe OAB, CREA, CRQ

Número

Órgão

Emissão

Validade

CNH

Número

Órgão

Categoria

UF

1ª Habilitação

Emissão

Validade

› Preenchimento obrigatório dos documentos abaixo, se possuir.

Alistamento

Número

Órgão

Reservista

Número

Órgão

Categoria

Emissão

CTPS Carteira de Trabalho e Previdência Social

Número

Série

UF

Emissão

Título de Eleitor

Número

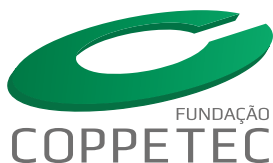
Zona

Seção

UF

Emissão

* Preenchimento Obrigatório
› Os campos em cinza são preenchidos pela Fundação COPPETEC



Cadastro de Pessoa Física

Entregar até o dia 20 (vinte) de cada mês

Filiação

Pai *

Mãe *

Cônjuge

Nome *

Nacionalidade *

Nascimento *

 / /

Data de Casamento *

 / /

Casado no Brasil

Sim

Não

Nº de Filhos no Brasil

Anexar cópias dos seguintes documentos a todos os favorecidos:

- › Carteira de identidade
- › CPF
- › Cabeçalho do extrato bancário (favorecido, banco, nº da agência e da conta corrente)
- › Comprovante de residência
- › PIS
- › Currículo
- › Comprovante de Habilidade Técnica

* Preenchimento Obrigatório
› Os campos em cinza são preenchidos pela Fundação COPPETEC

Favorecido

Coordenador

Local e Data



Declaração de Dependentes

Para fins de desconto do Imposto de Renda na Fonte

Matrícula	Termo		Carimbo de Recebimento		Carimbo de Análise
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Mesmo não havendo dependentes, o preenchimento e assinatura deste documento são necessários.

Dados Pessoais

Fonte Pagadora

Fundação COPPETEC				
Nome *				CPF *
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>
Estado Civil *	CTPS *	Telefone *		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
CEP *	Tipo de Logradouro/Logradouro *			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Nº/Complemento *	Bairro *	Município *	UF *	País *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dependentes Declarados

Esta numeração auxiliará no preenchimento do campo **Tipo de**

Vínculo do Dependente a seguir:

- 01. Cônjuge;
- 02. Companheiro(a) com o (a) qual tenha filho ou vi a 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;
- 06. Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, do(a) qual detenha a guarda judicial;
- 07. Irmão(a), neto(a) ou bisneto(a) sem arrimo dos pais, universitário(a) ou cursando escola técnica do 2º grau, do(a) qual detenha a guarda judicial;
- 09. Pais, avós e bisavós;
- 10. Menor pobre do qual detenha a guarda judicial;
- 11. A pessoa absolutamente incapaz, da qual seja tutor do curador;
- 12. Ex-cônjuge;
- 99. Agregados/Outros.

Nome *	CPF Todas as idades *	Nascimento *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo de Vínculo *	Sexo *	Dep. IRRF *
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Dep. Salário Família *	Curso Superior *	Necessidades Especiais *
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

* Preenchimento Obrigatório
 Os campos em cinza são preenchidos pela Fundação COPPETEC



Declaração de Dependentes

Para fins de desconto do Imposto de Renda na Fonte

Nome * CPF Todas as idades * Nascimento *

Tipo de Vínculo * Sexo * F M Dep. IRRF * Sim Não Dep. Salário Família * Sim Não Curso Superior * Sim Não Necessidades Especiais * Sim Não

Nome * CPF Todas as idades * Nascimento *

Tipo de Vínculo * Sexo * F M Dep. IRRF * Sim Não Dep. Salário Família * Sim Não Curso Superior * Sim Não Necessidades Especiais * Sim Não

Nome * CPF Todas as idades * Nascimento *

Tipo de Vínculo * Sexo * F M Dep. IRRF * Sim Não Dep. Salário Família * Sim Não Curso Superior * Sim Não Necessidades Especiais * Sim Não

Nome * CPF Todas as idades * Nascimento *

Tipo de Vínculo * Sexo * F M Dep. IRRF * Sim Não Dep. Salário Família * Sim Não Curso Superior * Sim Não Necessidades Especiais * Sim Não

Nome * CPF Todas as idades * Nascimento *

Tipo de Vínculo * Sexo * F M Dep. IRRF * Sim Não Dep. Salário Família * Sim Não Curso Superior * Sim Não Necessidades Especiais * Sim Não

Ciente de proibição da dedução de um mesmo dependente por ambos os cônjugues, declaro, sob as penas da Lei, que as pessoas acima relacionadas são meus dependentes e não recebem rendimentos tributáveis pelo Imposto de Renda, não cabendo a V. 5ª.(Fonte Pagadora) nenhuma responsabilidade perante a fiscalização.

Observações: › Sempre que ocorrer alteração nesta declaração, a mesma deverá ser renovada.
› No caso de dependentes comuns (filhos), esta declaração deverá ser assinada por ambos os cônjugues.

Favorecido

Coordenador

Local e Data

* Preenchimento Obrigatório
› Os campos em cinza são preenchidos pela Fundação COPPETEC



Termo de Compromisso do Colaborador Externo

Termo Nº 4 da Política de Integridade COPPETEC - Versão 1

Este documento é parte integrante da Política de Integridade e Transparência da COPPETEC, cujo objetivo é estabelecer a defesa da ética e das boas práticas

Através deste instrumento eu, _____,

inscrito(a) no CPF nº _____, matrícula nº _____,

admitido em _____, função/cargo _____,

residente _____,

colaborador(a) da FUNDAÇÃO COORDENAÇÃO DE PROJETOS, PESQUISAS E ESTUDOS TECNOLÓGICOS, fundação privada sem fins lucrativos, CNPJ nº 72.060.999/0001-75, admitido sob a declaração para os devidos fins que

1. Estou ciente de que a Política de Integridade e Transparência (PIT), como um todo, passa a fazer parte dos meus deveres como colaborador da Fundação COPPETEC.
2. Comprometo-me auxiliar no cumprimento dos parâmetros de atuação que permeiam a ética e o trabalho, a valorização das pessoas, a justa participação na gestão e a busca pela excelência.
3. Comprometo-me, desempenhar minhas responsabilidades com esmero (empenho/dedicação), de forma correta e íntegra, bem como usar de trato cordial, respeitoso e profissional com todas as pessoas, colaboradores, funcionários, clientes, fornecedores, prestadores de serviços, entre outros, dentro ou fora das instalações da COPPETEC e no âmbito dos projetos da UFRJ.
4. Comprometo-me, ainda, informar a instituição e as autoridades imediatamente qualquer fato que venha a ter conhecimento que infrinja o comportamento ético profissional, fazendo uso do canal de comunicação disponibilizado no site da Fundação e os meios legais.

Atenção:

1. Este termo complementa o contrato de trabalho assinado pelo colaborador.
2. A Política de Integridade e Transparência (PIT) está publicada no site da Fundação COPPETEC.

Colaborador

Local e Data

* Preenchimento Obrigatório
 Os campos em cinza são preenchidos pela Fundação COPPETEC