

DOCUMENTOS PARA ENVIAR A MEGAOFFICE - atualizado

CLIENTES Megaoffice – Informações a serem enviada

Solicitação de serviço no portal Domínio Atendimento via Cadastro de empregados na folha

- Preencher cadastro;
- Anexar cópia de documentos;
- Anexar tutorial preenchido (**este documento**);

Prazos:

Cientes	Solicitação conforme acima – 2 dias úteis antes do início da admissão. Período da folha de Pagamento (25 até 07) – 4 dias úteis antes do início da admissão.
Megaoffice	Tempo de processamento, análise e conferência – 2 dias úteis, após recebimento da solicitação
	*Em casos de correções: Soma-se ao prazo acima 1 dia

Empresa: _____ Funcionário: _____

Ao digitalizar os documentos para anexar aqui na solicitação de admissão:

- Atestado Médico Admissional – Apto*
- Exame toxicológico e enviar comprovante * se for motorista é obrigatório
- RG* CPF *
- Carteira Profissional* PIS*
- Certidão nascimento ou certidão de casamento*
- Comprovante de Residência que contenha o CEP*
- Título de Eleitor Certificado Reservista
- CNH * se for motorista é obrigatório
- “Menor Estudante” Declaração de Frequência Escolar*
- Comprovante de Escolaridade (Inclusive especialização, mestrado ou doutorado) *

Possui dependentes/filhos? _____ **Dependente para imposto de Renda Sim ou Não? _____

- Certidão de Nascimento filhos * CPF dos filhos *
- Carteira de Vacinação dos filhos (até 06 anos) *
- Comprovante de Frequência Escolar (a partir de 06 anos) *

*Obrigatório, apresentação dos documentos acima com marcação.

** Conforme IN 1500/2014 – Dependentes, deverá ser avaliado caso a caso para benefício do Pai ou Mãe, não podendo ser de ambos, devido malha fina.

Incluir dados abaixo para a folha de Pagamento:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Quebra de caixa | <input type="checkbox"/> Vale transporte |
| <input type="checkbox"/> Comissões, se sim qual percentual? | <input type="checkbox"/> Plano de saúde, qual operadora? _____ |
| <input type="checkbox"/> Insalubridade, qual percentual? (Conforme Laudos) | <input type="checkbox"/> Plano de saúde p/ dependentes _____ |
| <input type="checkbox"/> Periculosidade 30%(Conforme Laudos) | <input type="checkbox"/> Outros, qual? _____ |

Data de admissão: _____

Cargo: _____ Salário: _____

Telefone: _____

Verificar a opção de desconto Sindical, QUER PAGAR SINDICAL?

Horário de Trabalho: _____:_____ às _____:_____ intervalo: _____:_____ às _____:_____

() Segunda a Sexta-Feira () Segunda-Feira a Sábado () Outros: _____