|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUERIMENTO PARA ANÚNCIO**  **DE VAGAS – PCD** | | | | | | | | | | |
| O preenchimento de todos os campos solicitados *é indispensável*. **Na falta de dados o anúncio não será efetivado** | | | | | | | | | | |
| **Identificação do Empregador:** | | | | | | | | | | |
| CEI / CNPJ / CPF: | | | | | | | | | | |
| Razão Social: | | | | | | | | | | |
| Nome Fantasia: | | | | | | | | | | |
| CEP: | | | | Endereço: | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Número: | | | | Município/ UF: | | | | Bairro: | | |
| Nome do responsável pela Empresa: | | | | | | | | | | |
| Telefones: | | | | | | | | E-mail: | | |
| **Dados da Vaga:** | | | | | | | | | | |
| Tipo de contratação: | | | Permanente: ( ) | | | Temporária: ( ) | | | Estágio: ( ) | |
| A contratação ocorrerá para outro CNPJ / CEI? Se sim, qual? | | | | | | | | | | |
| Ocupação (Função – CBO): | | | | | | | | | | |
| Descrição das atividades que o trabalhador vai exercer na função: | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Necessário ter experiência profissional? ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | | | | |
| É imprescindível comprovação em carteira de trabalho? ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | | | | |
| Escolaridade: *(caso seja nível superior qual curso?)* | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Precisa Carteira de Habilitação? Qual? | | | | | | | | | | |
| Relação das deficiências aceitas para a vaga*: (selecionar abaixo)* | | | | | | | | | | |
| **Física** | ( ) amputação | ( ) ostomia | | | ( ) membros inferiores | | | ( ) membros superiores | | ( ) paralisia cerebral |
| ( ) cadeirante | ( ) nanismo | | | ( ) um membro inferior | | | ( ) um membro superior | | ( ) paralisia cerebral parcial |
| **Auditiva** | ( ) surdez bilateral total | | | | | | ( ) surdez bilateral parcial | | | |
| **Visual** | ( ) cegueira | | | | | | ( ) baixa visão | | | |
| **Mental** | ( ) mental / intelectual | | | | | | | | | |
| Justificar as deficiências não aceitas para exercer a função: | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Exigências ao trabalhador: | | | ( ) ter veículo próprio | | | ( ) disponibilidade para viagens | | | ( ) dormir no local de trabalho | |
| Salário: *(favor especificar o salário, o MTE não aceita salário a combinar)* | | | | | | | | | | |
| Benefícios oferecidos pela empresa: | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Endereço de **ENTREVISTA**: (*completo*) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | Número: |
| Referência de acesso e linhas de ônibus: | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Nome da pessoa responsável pela entrevista: | | | | | | | | | Telefone: | |
| Data e horário da entrevista: *(especificar se é necessário ligar para agendar ou pode ir direto ao local em dia e horário especifico)* | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Endereço de **TRABALHO**: (*completo)* | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | Número: |
| Referência de acesso e linhas de ônibus: | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Dias e horários de expediente: (*especificar*) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Quantidade de vagas para a função: | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*\*\* Caso a vaga seja para APRENDIZ PCD, por favor, preencher os campos abaixo.** | | | | |
| Nome da instituição que realizará o curso: | | | | |
| Nome do curso: | | | | |
| Carga horária semanal: | Aulas Teóricas: | | Aulas Práticas: | |
| Data prevista do início do curso: | | Faixa etária inicial: | | Faixa etária final: |
| A contratação acontecerá por outro CNPJ? Se sim, qual? | | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL VAGA / CARIMBO EMPREGADOR**

|  |
| --- |
| **Informações quanto ao protocolo de vagas**  - O formulário de requerimento de vagas deverá ser entregue em mãos, **assinado** e **carimbado** pelo contratante, sendo **duas vias** de igual teor, em **papel timbrado**.  - Para efetuar o protocolo, dirigir-se à Rua Monsenhor Celso, 35 (Térreo) Centro, das 09h00 às 16h00 - Segunda a Sexta-Feira.  - Com relação à DEFICIÊNCIA caso haja limitação, a empresa deverá fazer uma justificativa por escrito, informando o motivo pelo qual essa decisão é imposta, para que havendo necessidade, possamos comunicar ao MTE. |