

**REGISTRO DE EMPREGADO**

Autenticar

Matrícula eSocial  
829

Nº

000829

Empregador

DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI

CNPJ

20.596.423/0003-95

Endereço

R COMENDADOR ARAUJO, 499, CONJ 1007 ANDAR 10 COND EVOLUT, CENTRO, CURITIBA, PR,

Empregado

SABRINA DOS SANTOS

Beneficiários

DAFINE DOS SANTOS OLIVEIRA, JOAQUIM DOS SANTOS MACHADO,  
MARIA VITORIA DOS SANTOS

Residência

Servidão ANA BERNARDO, 250, CD FD, COSTEIRA DO PIRAJUBAE,  
FLORIANOPOLIS, SC, - CEP: 88047-030

Data de nascimento 09/06/1993		Local do nascimento TIJUCAS - SC		País da nacionalidade BRASIL		Estado civil Solteiro	
FILIAÇÃO	Pai						
	Mãe CELESTINA DOS SANTOS						
Cédula de Identidade 6420970		Data de emissão 17/08/2009		Órgão/UF emissor SSP/SC		Título Eleitoral 053016820930	
Zona 013		Seção 0312		Inscr. Órgão de Classe			
CTPS 3142973		Série 0030		Data de expedição da CTPS 18/08/2009		UF CTPS SC	
CPF 088.872.739-95		Cart. Nac. Habilitação		Categoria			
Doc. militar		Categoria		Cor Não Informada		Sexo Feminino	
Grau de instrução Ensino Médio Completo		Telefone Residencial					
Deficiência Não		Telefone Celular 48-84220767				C.B.O. 514320	
Cargo AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS				Função			

Data de Admissão  
01/02/2023Salário  
R\$

1.401,16

Por  
MêsHorário de Trabalho  
das 10:00 as 19:00Horário de Intervalo  
das 15:00 as 16:00

FGTS

Opção em  
01/02/2023

Conta vinculada no banco

Data da Retificação

## PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL - PIS

Cadastrado em		Sob nº 142.29022.27-8		Domicílio bancário	
Nº banco		Agência código		End. da agência	

## ALTERAÇÕES DE SALÁRIO, CARGO E/OU FUNÇÃO

FÉRIAS - PERÍODO AQUISITIVO	FÉRIAS - PERÍODO DE GOZO	FÉRIAS - PERÍODO ABONO PECUNIÁRIO	Obs.: (Anotar advertências, suspensões, transferências, etc.)

## ACIDENTES DE TRABALHO, DOENÇAS OU DOENÇAS PROFISSIONAIS

--

## RESCISAO DE CONTRATO DE TRABALHO

Data da saída:  
Data aviso ind.:                      Data projeção:  
Tipo do desligamento:

## CONTRIBUIÇÃO SINDICAL

--

*Sabrina dos Santos*

SABRINA DOS SANTOS

OBSERVAÇÕES

**DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI - Filial**

Matriz: Rua Comendador Araújo, 499 - Centro - 80420-000 - Curitiba / PR

Fone:

**DIRETRIZES**

01. ESTOU CIENTE DO CONTRATO DE EXPERIÊNCIA, BEM COMO DO SALÁRIO E ASSIDUIDADE;
02. ESTOU CIENTE EM CASO DE FALTAS SEM AVISAR AEMPRESA, SUSPENSÃO DE ATÉ TRÊS DIAS E PASSIVO DE JUSTA CAUSA;
03. ESTOU CIENTE QUE DEVO USAR UNIFORME;
04. ESTOU CIENTE QUE DEVO USAR OS EPI's, A TÍTULO DE EMPRÉSTIMO PARA MEU USO EXCLUSIVO E OBRIGATÓRIO NAS DEPENDÊNCIAS DA EMPRESA, CONFORME DETERMINADO NANR-6;
05. ESTOU CIENTE QUE O SALÁRIO É PAGO NO QUINTO DIA ÚTIL DE CADA MÊS;
06. ESTOU CIENTE QUE AEMPRESA NÃO FAZ ADIANTAMENTO;
07. ESTOU CIENTE QUE DEVO MANTER O ASSEIO DURANTE MEU HORÁRIO DE TRABALHO;
08. ESTOU CIENTE QUE A EMPRESA EXIGE RESPEITO DE FORMAS RIGOROSAS NOS HORÁRIOS DE TRABALHO;
09. ESTOU CIENTE QUE NÃO É PERMITIDO FUMAR NAS DEPENDÊNCIAS DA EMPRESA, APENAS FORA DO LOCAL DE TRABALHO;
10. ESTOU CIENTE QUE NÃO DEVO UTILIZAR O APARELHO CELULAR NO HORÁRIO DE TRABALHO, TELEFONEMAS PARTICULARES SE NECESSÁRIO, DEVEM SER COMUNICADOS PARA O ENCARREGADO E/OU SUPERVISOR;

Cliente:

Nome: SABRINA DOS SANTOS

Assinatura: Sabrina dos Santos

Eduardo Costa

DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI - Filial  
20.596.423/0003-95

FICHA DE FUNCIONÁRIO  
MATRICULA  
E-Social

<b>Nome Completo</b>		<b>Data de Nascimento / Local</b>	
SABRINA DOS SANTOS		09/01/1993 / FLORIANÓPOLIS /	
<b>CPF</b>	<b>RG</b>	<b>Órgão Exped./Data de Exped</b>	
088.872.739-95	6.420.970	SC / SSP / 17/08/2009	
<b>Sexo:</b> Feminino			
<b>Nome da Mãe:</b> CELESTINA DOS SANTOS			
<b>Nome do Pai:</b>			
<b>Título Eleitor:</b> 053016820930 / <b>Zona:</b> 013 / <b>Seção:</b> 0312			
<b>Carteira Motorista</b>			<b>Tipo / Data de Validade</b>
			00/00/0000
<b>CTPS / Data de Emissão</b>	<b>Série (CTPS) / Estado</b>		<b>PIS/PASEP</b>
3142923	003-0 SC		14229022278
<b>Logradouro (Rua/Avenida)</b>			<b>Complemento</b>
SERVIDÃO ANA BERNARDO, 250			
<b>Bairro</b>			<b>Cep</b>
AGRÔNOMICA			88047-030
<b>Cidade</b>			<b>UF</b>
FLORIANÓPOLIS			SC
<b>E-mail:</b>			
<b>Nº Sapato</b>	<b>Nº Calça</b>	<b>Tamanho Camisa</b>	<b>Banco</b>
			104 - Caixa Econômica Federal
<b>Agência Op / Nº Conta</b>			
0408 013 - 51364			
<b>Telefone Residencial</b>		<b>Telefone Celula</b>	<b>Telefone para Recado</b>
(48)98422-0767			
<b>Estado Civil</b>			<b>Grau de Instrução</b>
			Ensino Fundamental
<b>Nome do Cônjuge:</b>			
<b>Quantidade de Dependentes:</b>			
<b>Nome do Dependente / Dt de Nascimento / CPF</b>			
<b>Função/CBO</b>	<b>Posto de Trabalho</b>		<b>Salário Mensal</b>
AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS			R\$: 0,00
<b>Data de Admissão</b>	<b>Vale Refeição (VR)</b>	<b>Vale Transp Urb</b>	<b>Vale Transp Met</b>
01/02/2023	NAO	NAO	
<b>Horário de Trabalho</b>			<b>Carga Hora</b>
Turno: Inino Expediente: Termino Expediente: Escala:			
<b>GAIASOFT</b>			<b>IMPRESSÃO:</b> DIESSIC
Florianópolis-SC, 01/02/2023		Assinatura do Funcionário	
Local e Data			
SABRINA DOS SANTOS - RG: 088.872.739-95			



# TUTORIAL PONTO MAIS

## ORIENTAÇÕES DE USO

# Bem-Vindo!



pontomais

### O que é o Ponto Mais?

R: Ferramenta de Controle de Ponto que o Grupo Ecol Utiliza para fazer a gestão de pessoas, no que diz respeito a controle de jornadas, faltas, horas extras, etc.

#### TERMO DE CIENCIA E COMPROMISSO

Eu Salsúnia dos Santos colaborador do Grupo Ecol, declaro e afirmo que recebi o treinamento e orientações sobre como utilizar o SISTEMA PONTO MAIS, estou de pleno acordo em utiliza-lo como ferramenta de controle de minha jornada de trabalho. Estou Ciente que:

- Irei bater o ponto no local de trabalho, o PONTO MAIS possui um sistema de localização por GPS, todos os pontos batidos fora do local de trabalho serão informados ao gestor por sistema de alerta on-line.
- Não é permitido você acessar o sistema com usuário de outro colaborador para bater o ponto, este procedimento é passível de punição conforme diretriz da empresa.
- As batidas deverão ser feita no mesmo formato do ponto manual, só que agora é digital. Irei acessar o sistema para bater o ponto de forma digital, sabendo que minhas horas extras, faltas e demais informações serão todas extraídas do PONTO MAIS, por este motivo preciso usar o sistema de forma correta e pontual.

Salsúnia dos Santos

Assinatura e Data 01/02/2023

Eduardo Costa


Assinatura e Data 08/02/2023


# CERTIFICADO



## NORMA REGULAMENTADORA 6 - NR 6 EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI

O Departamento de SESMT da **DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI** - CNPJ 20.596.423/0003-95  
certifica que o colaborador(a) **SABRINA DOS SANTOS** - 088.872.739-95  
Participou do treinamento Teórico e Prático de referente a **NORMA REGULAMENTADORA 6** - NR 06,  
com Carga Horária de 02hs e com 100% de aproveitamento.

  
**LEANDRO REINA LOURENÇO**  
**TÉCNICO DE SEG DO TRABALHO**  
Registro Profissional: PR002208.0

  
Nome: **SABRINA DOS SANTOS**  
Colaborador

Londrina, 31 de Janeiro de 2023.



**ECOL**  
Gestão de facilities

**TERMO DE COMPENSAÇÃO DE JORNADAS DE TRABALHO**

Pelo presente contrato de trabalho por tempo indeterminado, DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI - Filial , pessoa juridica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 20.596.423/0003-95 , com sede em - , na - , simplesmente denominada EMPREGADOR e de outro: SABRINA DOS SANTOS , inscrito no CPF/MF sob o nº 088.872.739-95, portador(a) da Carteira de Trabalho nº Série nº , residente e domiciliado na SERVIDÃO ANA BERNARDO , 250 - FLORIANÓPOLIS - SC, simplesmente denominado EMPREGADO, têm justo e acertadas as seguintes condições que integram o contrato de trabalho para todos os fins:

**I. DO TERMO DE COMPENSAÇÃO**

- a. O EMPREGADO cumprirá jornada semanal de \_\_\_\_\_ horas, onde as horas excedentes/faltantes à 8ª diária trabalhadas em um dia, poderão ser compensadas dentro de um período de 6(seis) meses com base no 5º do artigo 59 da CLT.
  - b. Faculta-se ao EMPREGADOR, em virtude das exigências do serviço, instituir a jornada de trabalho 12 x 36, onde o empregado trabalhará em uma semana 3 dias e na seguinte por 4 dias.
  - c. Declaram as partes que a adoção do regime de compensação de jornada de trabalho 12 x 36 já embute nos dias de folgas a concessão do descanso semanal remunerado.
  - d. As condições aqui previstas são aplicáveis inclusive se as atividades praticadas pelo EMPREGADO forem consideradas insalubres.
  - e. O presente acordo é celebrado por prazo indeterminado.
- E, por estarem justas e convencionadas, as partes assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma, elegendo o foro da Comarca de Londrina, Estado do Paraná, para dirimir dúvidas acerca das disposições do presente termo.

Curitiba - PR, 08 DE 02 DE 2023

Eduardo Costa

DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI - Filial  
20.596.423/0003-95

Sabrina dos Santos

SABRINA DOS SANTOS  
088.872.739-95

**DECLARAÇÃO DE VALE TRANSPORTE**

Eu, SABRINA DOS SANTOS portador(a) da cédula de identidade 088.872.739-95, domiciliado à RSERVIDÃO ANA BERNARDO, 250 - FLORIANÓPOLIS - SC, portador do PIS 14229022278, empregado(a) da empresa DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI - Filial, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 20.596.423/0003-95, com sede em -, na -, atendendo ao que determina a Lei nº 7.418/85, alterada pela Lei nº 7.619/87 e Regulamentada pelo decreto nº 95.247/87, Declaro:

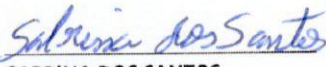
Autorizo o desconto da taxa de 6% (seis por cento) sobre o Salário base que para deslocamento Residência-Trabalho e Vice-Versa, tenho a necessidade de utilizar os seguintes meios de transporte:

SIM NÃO METROPOLITANO URBANO METROPOLITANO / URBANO  

Que tenho conhecimento de que as informações prestadas nesta declaração deverão ser utilizadas anualmente ou sempre que ocorrer alteração das mesmas, sob pena de suspensão do benefício do Vale-Transporte até cumprimento dessa exigência:

1. Que utilizarei o Vale-Transporte exclusivamente para meu efetivo deslocamento Residência-Trabalho e Vice-Versa;
2. Que tenho conhecimento de que a declaração com informações falsas e o uso indevido do Vale Transporte constituem falta grave que poderá acarretar a cessação do contrato de trabalho;

Curitiba - PR 08 DE 02 DE 2023

  
SABRINA DOS SANTOS  
088.872.739-95

RECIBO DE ENTREGA DA CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDENCIA SOCIAL  
ART.29 DA LEI 5452, ALTERADO PELO DECRETO-LEI 229 DE 28/02/67

Empregadora: DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI  
Endereço: R COMENDADOR ARAUJO, 499  
Bairro: CENTRO Cidade: CURITIBA  
Estado: PR CEP: 80420-000

Empregado: SABRINA DOS SANTOS Código: 829  
Número CTPS: 3142973 Série: 0030

Recebi(emos) a Carteira de Trabalho e Previdência Social acima para as anotações necessárias e que será devolvida dentro de 48 horas de acordo com a legislação em vigor.

CURITIBA, 01 de Fevereiro de 2023

Eduardo Costa

Empregador

COMPROVANTE DE DEVOLUÇÃO DA CARTEIRA DE TRABALHO  
ART.29 DA LEI 5452, ALTERADO PELO DECRETO-LEI 229 DE 28/02/67

Empregadora: DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI  
Endereço: R COMENDADOR ARAUJO, 499  
Bairro: CENTRO Cidade: CURITIBA  
Estado: PR CEP: 80420000

Empregado: SABRINA DOS SANTOS Código: 829  
Número CTPS: 3142973 Série: 0030

Recebi, em devolução a Carteira de Trabalho e Previdência Social acima, com as respectivas anotações.

CURITIBA, 01 de Fevereiro de 2023

Sabrina dos Santos

Empregado



**PRORROGAÇÃO DE CONTRATO DE EXPERIÊNCIA**

O Contrato de Experiência firmado, que deveria terminar em 17/03/2023, fica prorrogado até 01/05/2023.

Florianópolis de fevereiro de 2023

Eduardo Costa

EMPREGADORA

Sabrina dos Santos

SABRINA DOS SANTOS

1º TESTEMUNHA

2º TESTEMUNHA

## CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Experiência, a empresa DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI com sede na R COMENDADOR ARAUJO, inscrita no CNPJ sob Nº 20.596.423/0003-95, denominada a seguir EMPREGADORA, e o Sr.(a) SABRINA DOS SANTOS, domiciliado na Servidão ANA BERNARDO, 250, CD FD, cidade de FLORIANOPOLIS-SC, portador do CTPS Nº: 3142973 série 0030, doravante designado EMPREGADO, celebram o presente Contrato Individual de Trabalho para fins de experiência, conforme legislação trabalhista em vigor, regido pelas cláusulas abaixo e demais disposições legais vigentes:

1º. O EMPREGADO trabalhará para a EMPREGADORA na função de AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS e mais as funções que vierem a ser objeto de ordens verbais, cartas, ou avisos, segundo as necessidades da EMPREGADORA desde que compatíveis com suas atribuições.

2º. O local de trabalho situa-se na PASCHOAL APOSTOLO PITSICA, 4876, AGRONOMICA, FLORIANOPOLIS-SC, podendo a EMPREGADORA, a qualquer tempo, transferir o EMPREGADO a título temporário ou definitivo, tanto no âmbito da unidade para o qual foi admitido, como para outras, em qualquer localidade deste estado ou de outro dentro do país.

3º. O horário de trabalho do EMPREGADO será o seguinte: Início do Expediente: 10:00, Saída para Intervalo: 15:00, Entrada Intervalo: 16:00 e Final do Expediente: 19:00.

4º. O EMPREGADO receberá a remuneração de: R\$ 1.401,16 (um mil e quatrocentos e um reais e dezesseis centavos) por Mês.

5º. O prazo deste contrato é de 45 (quarenta e cinco ) dias, com início em: 01/02/2023 e término em: 17/03/2023.

6º. Além dos descontos previstos na Lei, reserva-se a EMPREGADORA o direito de descontar do EMPREGADO as importâncias correspondentes aos danos causados por ele.

7º. O EMPREGADO fica ciente do Regulamento da EMPREGADORA e das Normas de Segurança fornecidos, sob pena de ser punido por falta grave, nos termos da Legislação vigente e demais disposições inerentes à segurança e medicina do trabalho.

8º. Permanecendo o EMPREGADO a serviço após o término da experiência, continuarão em vigor as cláusulas constantes deste contrato.

9º.

Tendo assim contratado, assinam o presente instrumento, em duas vias, na presença das testemunhas abaixo.

Eduardo Costa  
EMPREGADORA

Sabrina dos Santos  
SABRINA DOS SANTOS

\_\_\_\_\_  
Responsável Legal (quando menor)

\_\_\_\_\_  
1ª TESTEMUNHA

\_\_\_\_\_  
2ª TESTEMUNHA

# ORDEM DE SERVIÇO

CNPJ 20.596.423/0003-95

Em cumprimento a normativa de número 1 (NR-01.b)

1.7 Cabe ao empregador: (a) cumprir e fazer cumprir as disposições legais e regulamentares sobre segurança e medicina do trabalho; b) elaborar ordens de serviço sobre segurança e saúde no trabalho, dando ciência aos empregados por comunicados.

CBO: 5143 - 20

Nome: SABRINA DOS SANTOS

/ Função: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

## ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Promover a limpeza, asseio e higiene de ambientes diversos como salas, áreas comuns, salões entre outros, fazer varrição, coleta de lixo, passar panos úmidos no chão, tirar poeira, limpar vidros, lavar panos, aplicar desinfetantes, detergentes e outros produtos de limpeza já diluídos, organizar ambientes. Em situações específicas de prestação de serviços.

## RISCO DA OPERAÇÃO

- Riscos Químico: Produtos químicos na utilização para limpeza em geral;
- Riscos Biológico: Microrganismos e parasitas infecciosos vivos e seus tóxicos.
- Riscos Ergonômicos: Postura inadequada;
- Riscos de acidentes: quedas, colisões, escorregões

## EPI's RECOMENDADOS

- Protetor Auricular (quando necessário).
- Avental PVC
- Bota de segurança
- Bota de PVC
- Luvas (conforme a necessidade)
- Uniforme Completo
- Óculos de segurança (quando necessário)
- Mascaras descartável (quando necessário)
- Cinto de segurança
- Capacete de segurança (quando necessário)
- Mascara PPF2

## MEDIDAS PREVENTIVAS

- Antes de iniciar seu trabalho verifique seus instrumentos de trabalho se estão com defeito. Caso evidencie alguma falha comunique seu superior imediato e espere correção do problema;
- Não opere os equipamentos com alguma dúvida operacional ou sem treinamento;
- Não é permitido fazer ajustes ou reparos em equipamento com o mesmo em funcionamento;
- É expressamente proibido remover ou burlar qualquer dispositivo de segurança destinado a proteção dos usuários;
- Só é permitido realizar limpeza no equipamento totalmente desenergizado;
- Não realize nenhuma tarefa sem ter conhecimento;
- Respeitar sinalização de segurança;
- Não faça improvisações de qualquer natureza para executar as tarefas diárias;
- Não é permitido em hipótese alguma mexer em quadros de distribuição de energia ou painel energizado;
- Não faça ou permita fazer brincadeiras desnecessárias quando estiver laborando;
- Informe ao responsável imediato qualquer irregularidade evidenciada no seu ambiente de trabalho;
- Proceder à frequente higienização das mãos;
- Manter os cabelos presos e arrumados e unhas limpas, aparadas e sem esmalte;
- Os profissionais do sexo masculino devem manter os cabelos curtos e barba feita;
- O uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) deve ser apropriado para a atividade a ser exercida;
- Para a limpeza de pisos, devem ser seguidas as técnicas de varredura úmida, ensaboar, enxaguar e secar;
- Todos os equipamentos deverão ser limpos a cada término da jornada de trabalho;
- Sempre sinalizar os corredores, deixando um lado livre para o trânsito de pessoal, enquanto se procede à limpeza do outro lado;
- Utilizar placas sinalizadoras e manter os materiais organizados, a fim de evitar acidentes e poluição visual;
- Trabalhe com os EPI's recomendados;
- Participar dos exames periódicos quando convocado;
- Não levantar nem transportar peso acima da sua capacidade física, se precisar peça ajuda;
- Cumprir as disposições legais e regulamentadoras sobre Segurança e Medicina do Trabalho;
- Máquinas não é transporte coletivo e nem escada use apenas para finalidade que se destina;
- Não improvise EPI's e EPC's;

## PROIBIÇÕES:

- É proibido o consumo de alimentos e bebidas nos postos de trabalho, devendo para tal usar os locais apropriados;
- É proibido obstruir com qualquer objeto o acesso aos extintores;
- É proibido guardar alimentos em locais inapropriados para esse fim;
- É proibido fumar, consumir bebidas alcoólicas ou substâncias análogas no interior dos setores de trabalho.

## NORMAS INTERNAS

- É proibido o uso de celulares no horário de expediente (salvo quando necessário) A empresa disponibilizará um telefone para recados pessoais.
- É proibido expor ou utilizar a imagem da empresa indevidamente
- Utiliza o uniforme com a logo da empresa apenas a trabalho
- Todo funcionário deverá ter o cuidado necessário com a sua apresentação pessoal, mantendo o seu uniforme limpo, e manter a higiene pessoal. (Manter cabelos, unhas, barba e bigodes aparados e limpos).

# ORDEM DE SERVIÇO

CNPJ 20.596.423/0003-95

Em cumprimento a normativa de número 1 (NR-01.b)

1.7 Cabe ao empregador: (a) cumprir e fazer cumprir as disposições legais e regulamentares sobre segurança e medicina do trabalho; b) elaborar ordens de serviço sobre segurança e saúde no trabalho, dando ciência aos empregados por comunicados.

## TREINAMENTO(S) NECESSÁRIO(S)

- Palestra sobre Ergonomia NR-17
- Noções básicas de prevenção e combate a incêndios
- Uso guarda e conservação dos EPI's

## PROCEDIMENTO EM CASO DE ACIDENTE DE TRABALHO

- Comunicar imediatamente a supervisão quando da ocorrência de acidente do trabalho, de trajeto ou surgir qualquer tipo de doença profissional;
- Prestar informações verdadeiras para o preenchimento da ficha de investigação de acidente.

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

De acordo com o Artigo 158, Parágrafo Único, da lei 6.514/77 e da Norma Regulamentadora NR 1, a recusa ao fiel cumprimento desta **ORDEM DE SERVIÇO**, no todo ou em parte, **constituirá ATO FALTOSO** sujeitando o funcionário às penalidades previstas na lei.  
Declaro que fui plenamente orientado quanto aos procedimentos de segurança do trabalho, estando ciente dos riscos decorrentes da atividade e dos sanções disciplinares a que estou sujeito quanto ao seu descumprimento.

Recebi orientação de acordo com a portaria nº 3.214 do Ministério do Trabalho, N. R. 01 sub item 1.8 "Cabe ao Empregado:


- cumprir as disposições legais e regulamentares sobre segurança e medicina do trabalho, inclusive as ordens de serviço expedidas pelo Empregador;
- usar o EPI fornecido pelo empregador;
- Submeter-se aos exames médicos previstos nas Normas regulamentadoras NR 1.8.1.

Constitui ato faltoso a recusa injustificada ao cumprimento dos dispositivos no item anterior".

"Comprometo-me a seguir os procedimentos de segurança adotados pela empresa".

Data

Ass. Funcionário

Ass. Técnico em  
Segurança do Trabalho*Sabuncir dos Santos*  
LEANDRO REINA LOURENÇO  
TÉCNICO DE SEG DO TRABALHO

## CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO E ACEITE

Eu Sabrina dos Santos colaborador portador do RG: 6420970

Declaro que Participei do Treinamento de Integração da Empresa com carga horária de 8 horas de acordo com o conteúdo abaixo:

- ✓ NR 01 – Disposições Gerais
- ✓ NR 05 – CIPA – comissão Interna de Prevenção de Acidentes
- ✓ NR 06 – Uso de EPIs
- ✓ NR 07 - Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional
- ✓ NR 17 - Orientações sobre Ergonomia
- ✓ Boas Práticas e Postura Profissional
- ✓ Recebimento e Leitura do Código de Ética e Conduta do Grupo Ecol

Cidade ( Florianópolis ) 05 de 02 de 2023

Por ser verdadeiro e estar ciente que devo seguir as normas e diretrizes dispostas neste documento (Código de Ética e Conduta) firmo o mesmo, sendo sabedor que em situação de não conformidade e ou procedimento que contraria este código de ética e conduta serei advertido e penalizado.

Registro de próprio punho:

Sabrina dos Santos  
Assinatura do colaborador

Sabrina dos Santos  
Nome do colaborador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Instrutor

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável Pelo Depto de Segurança do Trabalho

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Secretário(a) do Comitê de Compliance



## TERMO DE COMPROMISSO

Declaro, para todos os fins, que recebi um exemplar, li e compreendi o Código de Ética e Conduta do Grupo Ecol, tomei conhecimento das suas disposições e me comprometo a cumpri-las e respeitá-las integralmente.

Declaro, ainda, que fui comunicado da obrigatoriedade de sua observância em todas as situações e circunstâncias que estejam direta ou indiretamente vinculadas às minhas atividades na Ecol, zelando por sua aplicação.

Declaro, por fim, que, na hipótese de ocorrerem situações em que não haja no presente Código previsão expressa em relação à conduta exigida ou esperada, consultarei imediatamente o departamento de Recursos Humanos.

NOME

Sabrina dos Santos

CPF

088.872.739-95

LOCAL/DATA

Florianópolis - SC 03/02/2023

ASSINATURA

Sabrina dos Santos



## AUTORIZAÇÃO DE DESCONTOS

A  
DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI  
R COMENDADOR ARAUJO, CENTRO, CURITIBA - PR  
CNPJ: 20.596.423/0003-95

Eu, SABRINA DOS SANTOS, portador da CTPS Nº: 3142973, série 0030, empregado de DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI, admitido em 01 de Fevereiro de 2023, autorizo a descontar mensalmente do meu salário os itens abaixo:

- 1o. - 48 VALE TRANSPORTE
- 2o. - 9382 VALE ALIMENTACAO

CURITIBA, 01 de Fevereiro de 2023.



---

SABRINA DOS SANTOS  
CPF: 088.872.739-95

FICHA DE SALÁRIO FAMÍLIA

Empresa: DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI  
 Endereço: R COMENDADOR ARAUJO  
 Cidade: CURITIBA - PR  
 C.N.P.J: 20.596.423/0003-95

Nome do Empregado: SABRINA DOS SANTOS  
 CTPS/Série: 3142973/0030  
 Data de admissão: 01 de Fevereiro de 2023.

FILHOS MENORES DE 14 ANOS - (Dados Extraídos das Certidoes)

Nº Ordem	Nome do Filho	Data nascimento	Local nascimento	Cartório	Nº Reg.	Nº Livro	Nº Folha	Data entrega	Visto
1	DAFINE DOS SANTOS OLIVEIRA	11/01/2015	FLORIANOPOLIS					31/01/2023	
2	JOAQUIM DOS SANTOS MACHADO	23/10/2016	FLORIANOPOLIS	ESCRIVANIA DA PAZ				31/01/2023	
3	MARIA VITORIA DOS SANTOS	23/09/2011	FLORIANOPOLIS					31/01/2023	

VALOR TOTAL DOS SALÁRIOS FAMÍLIA A PAGAR

Em ...../...../..... : Valor de um Salario Familia R\$ ..... X ..... Filhos = R\$ .....  
 Em ...../...../..... : Valor de um Salario Familia R\$ ..... X ..... Filhos = R\$ .....  
 Em ...../...../..... : Valor de um Salario Familia R\$ ..... X ..... Filhos = R\$ .....  
 Em ...../...../..... : Valor de um Salario Familia R\$ ..... X ..... Filhos = R\$ .....  
 Em ...../...../..... : Valor de um Salario Familia R\$ ..... X ..... Filhos = R\$ .....

Observacoes:

*Sabrina dos Santos*  
 \_\_\_\_\_  
 SABRINA DOS SANTOS



DECLARAÇÃO DE ENCARGOS DE FAMÍLIA PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

Empresa: DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI

C.N.P.J: 20596423000395

R COMENDADOR ARAUJO, 499, CENTRO

Em obediência à legislação de Imposto de Renda, venho pela presente informar-lhes que tenho, como encargo(s) de família, a(s) pessoa(s) abaixo relacionadas.

No.	NOME DO DEPENDENTE	RELAÇÃO DEPENDÊNCIA	DATA DE NASCIMENTO
1	DAFINE DOS SANTOS OLIVEIRA	Filho(a) ou enteado(a) até 21 anos	11/01/2015
2	JOAQUIM DOS SANTOS MACHADO	Filho(a) ou enteado(a) até 21 anos	23/10/2016
3	MARIA VITORIA DOS SANTOS	Filho(a) ou enteado(a) até 21 anos	23/09/2011

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo a V.Sª.(s) (fonte pagadora) qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

CURITIBA, 01 de Fevereiro de 2023.

  
SABRINA DOS SANTOS

Declarante: SABRINA DOS SANTOS  
Endereço: Servidão ANA BERNARDO, 250 CD FD  
CEP: 88047-030 Cidade: FLORIANOPOLIS - SC  
Estado Civil: Solteiro Carteira: 3142973 série 0030  
CPF: 088.872.739-95

Sempre que ocorrer alteração nesta Declaração, a mesma deverá ser renovada.

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

(CONCESSÃO DE SALÁRIO FAMÍLIA - PORTARIA No. MPAS - 3.040/82)

EMPRESA: DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI  
CNPJ: 20.596.423/0003-95

NOME DO SEGURADO: SABRINA DOS SANTOS  
CTPS/SÉRIE: 3142973 / 0030

Nome do Filho

DAFINE DOS SANTOS OLIVEIRA  
JOAQUIM DOS SANTOS MACHADO  
MARIA VITORIA DOS SANTOS

Data de Nascimento

11/01/2015  
23/10/2016  
23/09/2011

Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência dos seguintes fatos ou ocorrências que determinam a perda do direito ao salário-família.

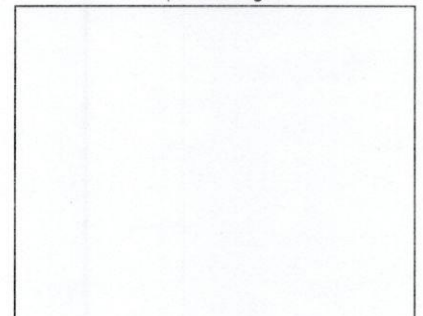
- ÓBITO DE FILHO;
- CESSAÇÃO DA INVALIDEZ DE FILHO INVÁLIDO.
- SENTENÇA JUDICIAL QUE DETERMINE O PAGAMENTO A OUTREM ( casos de desquite ou separação, abandono de filho ou perda do pátrio poder).

Estou ciente, ainda, de que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar à devolução das importâncias recebidas indevidamente, sujeitar-me-á às penalidades previstas no art. 171 do Código Penal a à rescisão do contrato de trabalho, por justa causa, nos termos do art. 482 da Constituição das Leis do Trabalho.

CURITIBA, 01 de Fevereiro de 2023.

  
SABRINA DOS SANTOS

Impressão Digital



FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO

Lei Nº 5.107 de 13 de Setembro de 1966.  
Regulamentada Dec. 59.820 de 20 de Dezembro de 1966.

DECLARAÇÃO DE OPÇÃO

Eu, SABRINA DOS SANTOS Carteira Profissional Nº 3142973 série 0030, empregador da empresa DGX TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS EIRELI s/ta à R COMENDADOR ARAUJO, 499, CENTRO, CURITIBA-PR declaro, para todos os fins, que nesta data, exerço a opção pelo regime do REGULAMENTO DO FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO, aprovado pelo Decreto Nº 59.820 de Dezembro de 1966.

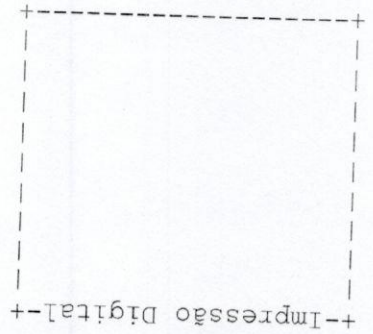
CURITIBA, 01 de Fevereiro de 2023.

*Sabrina dos Santos*  
SABRINA DOS SANTOS

Testemunhas:

1a. ....  
2a. ....

(Assistente Responsável Legal pelo Menor)



Recebemos o Original

Data: ...../...../.....

*Eduardo Costa*  
DGX TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS EIRELI

INSTRUÇÕES

- 1- O empregado assina as duas vias da Carta Opção;
- 2- Entrega a Carteira Profissional para a anotação da sua opção, conforme modelo abaixo;
- 3- Recebe cópia com o Recibo firmado pela empresa, datado;
- 4- A empresa anotará na sua ficha ou Livro de Registro de Empregados, e na Carteira Profissional do optante o seguinte:

"Em 01/02/2023 optou pelo sistema estabelecido na Lei No. 5.107, de 13 de Setembro de 1966, que estabeleceu o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço."

(Carimbo e Assinatura)

5- Anotará também na Carteira Profissional do optante; decorrente da Lei No. 5.107, de 13 de Setembro de 1966, são feitos na:

Banco:

(Carimbo e Assinatura)

**AUTORIZAÇÃO DESCONTO E COBRANÇA SEGURO DE VIDA EM GRUPO**

Eu, Silvane dos Santos, portador do CPF 088 872739-95, solicito minha inclusão como participante do Seguro de Vida em Grupo.

( ) Autorizo a empresa a descontar, mensalmente, de minha folha de pagamento o valor R\$ 9,40 informado pela EMPREGADORA, referente ao prêmio do Seguro de Vida em Grupo que será descontado no meu contra-cheque.

Eu não autorizo e peço que a empresa não realize o desconto e estou ciente que não estarei com seguro de vida com as coberturas citadas no anexo A.

Anexo A: segue abaixo coberturas do seguro de vida (Morte, IPA, IFPD com cobertura máxima de até R\$ 25.000,00) e FUNF com cobertura de R\$ 3.000,00.

COBERTURA		Capitais Segurados	
Processo SUSEP	Coberturas	Principal	Cônjuge
15414.003484/2006-58	MORTE	Contratado	Não Contratado
15414.003485/2006-01	IPA	Contratado	Não Contratado
15414.003991/2006-91	FUNF	Contratado	Contratado
15414.003483/2006-11	IFPD	Contratado	Não Contratado

Assinatura do(a) Colaborador(a) Beneficiário

Silvane dos Santos

Data: 05/02/2023

Testemunha

Edardo Costa

NOME

RG:

Data: 05/02/2023