1 – NOME DO FUNCIONÁI	1 – NOME DO FUNCIONÁRIO: JOSÉ BENEDITO CONQUISTA	2 – EMPRESA	2 – EMPRESA: DGX TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS EIRELI - MATRIZ	DE SERVIÇOS EIRELI	I - MATRI	Z
3 – FUNÇÃO: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	E SERVIÇOS GERAIS	4 – DATA DE ,	- DATA DE ADMISSÃO: 06/05/2023	5 - DATA DEMISSÃO:		4.
Em atenção à portaria especificado(s), nos termos obrigatoriedade do uso. Co	Em atenção à portaria Ministerial nº 3.214 de 08/06/1978, NR 6 – Ministério do Trabalho, DECLARO ter recebido o(s) Equipamento(s) de proteção individual (EPI's), abaixo especificado(s), nos termos dos artigos de 166 e 167 CLP, com redação da Lei Federal nº 6.514/77, e recebi treinamento para o uso correto do(s) mesmo(s) e fui orientado da especificado(s), nos termos dos artigos de 166 e 167 CLP, com redação da Lei Federal nº 6.514/77, e recebi treinamento para o uso correto do(s) mesmo(s) e fui orientado da obrigatoriedade do uso. COMPROMETO-ME a utiliza-los sempre para os fins a que se destinam, estando ciente de que a não utilização dos mesmo incorrerá contra a minha obrigatoriedade do uso. COMPROMETO-ME ás nenalidades legais, de acordo com o disposto na CLT, capitulo V, seção 1, artigo 158 e NR 1, item 8, subitem 1.8.1. RESPONSABILIZO-	rio do Trabalho, DI _ei Federal nº 6.51 s a que se destina disposto na CLT,	ECLARO ter recebido o(s 4/77, e recebi treinament ım, estando ciente de que capitulo V, seção 1, artigo) Equipamento(s) de pro to para o uso correto do(e a não utilização dos m to 158 e NR 1, item 8, subi	teção indi (s) mesmo esmo inco tem 1.8.1.	ividual (EPI's), abaixo y(s) e fui orientado da orrerá contra a minha RESPONSABILIZO-
extravio ou danos por uso torne impróprio para uso.	ME por sua guarda, conservação, uso conservação do CET) e a comunicação ao superior hierárquico ou Técnico de Segurança do trabalho caso ocorra alteração que extravio ou danos por uso incorreto (art. 462, parágrafo 1º da CLT) e a comunicação ao superior hierárquico ou Técnico de Segurança do trabalho caso ocorra alteração que torne impróprio para uso.	unicação ao super	ior hierárquico ou Técnic	o de Segurança do traba	alho caso	ocorra alteração que
DATA	DESCRIÇÃO	CA n° MOTIVO		ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO	D	DEVOLUÇÃO
ENTREGA	DESCRIÇÃO	A	P D		DATA	RECEPTOR
2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	IN CAS GABATIONS	×	A	aunos		
v &	Ŋ	×	A cred	Small		
2,1	811181	×	A Care	und		
06 672 01	Chipped Berrains	6880 x	Jones Control	Marin of		
	LUVAS ZKTCX	11314 x	A SAL	me		
20 20 00	ASUANOSSA OLIGIS	3923 ×		T Amust		
	18574 PUC	215188 x		Serve A		
	LOVAC LATEX	x h1891	A	(June)		
		×				
		×				