

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) ANA VITORIA MARTINS CRUZ, domiciliado na Rua PIONEIRO CAMILLO BULLA, 791, QD377 LT01F, cidade de MARINGA-PR, portador do CTPS Nº: 6264425 série 0060, 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 SERVENTE DE LIMPEZA 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 VICENTE MACHADO, 147, CENTRO, CURITIBA-PR, 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: 08:00, Saída para Intervalo: 12:00, Entrada Intervalo: 13:00 e Final do Expediente: 17:00.

4º. O EMPREGADO receberá a remuneração de: R\$ 1.534,00 (um mil quinhentos e trinta e quatro reais) por Mês.

5º. O prazo deste contrato é de 45 (quarenta e cinco) dias, com início em: 07/07/2023 e término em: 20/08/2023.

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.

EMPREGADORA

Ana Vitoria Martins Cruz

ANA VITORIA MARTINS CRUZ

Responsável Legal (quando menor)

1ª TESTEMUNHA

2ª TESTEMUNHA

PRORROGAÇÃO DE CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

O Contrato de Experiência firmado, que deveria terminar em 20/08/2023, fica prorrogado até 04/10/2023.

_____, ____ de _____ de _____

EMPREGADORA

Ana Vitoria Martins Cruz
ANA VITORIA MARTINS CRUZ

1º TESTEMUNHA

2º TESTEMUNHA

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTOS

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

Eu, ANA VITORIA MARTINS CRUZ, portador da CTPS Nº: 6264425, série 0060, empregado de DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI, admitido em 07 de Julho de 2023, autorizo a descontar mensalmente do meu salário os itens abaixo:

1o. - 9382 VALE ALIMENTACAO

2o. - 48 VALE TRANSPORTE

CURITIBA, 07 de Julho de 2023.

Ana Vitoria martins cruz

ANA VITORIA MARTINS CRUZ
CPF: 153.697.639-33

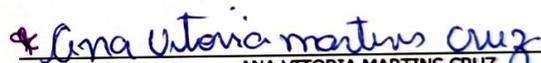
DECLARAÇÃO DE ENCARGOS DE FAMÍLIA PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

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 não possuo dependentes para fins de Imposto de Renda.

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, 07 de Julho de 2023.


ANA VITORIA MARTINS CRUZ

Declarante: ANA VITORIA MARTINS CRUZ
Endereço: Rua PIONEIRO CAMILLO BULLA, 791 QD377 LT01F
CEP: 87045-570 Cidade: MARINGA - PR
Estado Civil: Solteiro Carteira: 6264425 série 0060
CPF: 153.697.639-33

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

DECLARAÇÃO DE VALE TRANSPORTE

Eu, ANA VITORIA MARTINS CRUZ portador(a) da cédula de identidade 153.697.639-33, domiciliado à RRua Pioneiro Camillo Bulla , 791 - Maringá - PR, portador do PIS 161.370779.07.5, empregado(a) da empresa DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI - Matriz, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 20.596.423/0001-23, 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;

LONDRINA - PR _____ DE _____ DE _____

Ana Vitoria Martins

ANA VITORIA MARTINS CRUZ

153.697.639-33

DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI - Matriz

Matriz: RUA AMAZONAS, 487 - CENTRO - 86026-900 - LONDRINA / 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 A EMPRESA, 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 CADAMÊS;**
- 06. ESTOU CIENTE QUE A EMPRESA 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 FORMARIGOROSANOS 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: ANA VITORIA MARTINS CRUZ

Assinatura: Ana Vitoria Martins

DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI - Matriz
20.596.423/0001-23

FICHA DE FUNCIONÁRIO
MATRÍCULA
E-Social

Nome Completo				Data de Nascimento / Local	
ANA VITORIA MARTINS CRUZ				28/08/2003 / Maringá /	
CPF		RG		Órgão Exped./Data de Exped	
153.697.639-33		15.494.837.6		PR / sesp / 30/01/2020	
Sexo: Feminino					
Nome da Mãe: FLAVIA NICOLAU MARTINS					
Nome do Pai: SAULO FABRICIO CRUZ					
Título Eleitor: / Zona: / Seção:					
Carteira Motorista				Tipo / Data de Validade	
				00/00/0000	
CTPS / Data de Emissão		Série (CTPS) / Estado		PIS/PASEP	
6264425		0060		161.370779.07.5	
Logradouro(Rua/Avenida)					Complemento
Rua Pioneiro Camillo Bulla , 791					
Bairro					Cep
Cj Res. Parigot de Souza					87045-570
Cidade					UF
Maringá					PR
E-mail:					
Nº Sapato	Nº Calça	Tamanho Camisa	Banco	Agência	Op / Nº Conta
Telefone Residencial		Telefone Celula		Telefone para Recado	
(44)0000-0000					
Estado Civil					Grau de Instrução
					Ensino Fundamental
Nome do Cônjuge:					
Quantidade de Dependentes:					
Nome do Dependente / Dt de Nascimento / CPF					
Função/CBO		Posto de Trabalho		Salário Mensal	
AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS				R\$: 0,00	
Data de Admissão	Vale Refeição (VR)	Vale Transp Urb	Vale Transp Met	1º Emprego	
	NAO	NAO			
Horário de Trabalho					Carga Hora
Turno: Início Expediente: Termino Expediente: Escala:					
GAIASOFT					IMPRESSÃO: DIESSIC
_____ / ____ / ____ Local e Data			 Assinatura do Funcionário		
ANA VITORIA MARTINS CRUZ - RG: 153.697.639-33					

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO E ACEITE

Eu Gina Victoria Martins Cruz colaborador portador do RG: 15.494.837-6

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 (Maringá) 04 de 04 de 23.

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:

Gina Victoria Martins Cruz
Assinatura do colaborador

Nome do colaborador

Assinatura do Instrutor

Assinatura do responsável Pelo Depto de Segurança do Trabalho

Assinatura do Secretário(a) do Comitê de Compliance



REGISTRO DE EMPREGADO

Autenticar

Matrícula e Social
1041N°
001041Empregador
DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELICNPJ
20.596.423/0003-95Endereço
R COMENDADOR ARAUJO, 499, CONJ 1007 ANDAR 10 COND EVOLUT, CENTRO, CURITIBA, PR,Empregado
ANA VITORIA MARTINS CRUZResidência
Rua PIONEIRO CAMILLO BULLA, 791, QD377 LT01F, CJ RES. PARIGOT DE SOUZA, MARINGA, PR, - CEP: 87045-570

Beneficiários

Data de nascimento 25/08/2003	Local do nascimento MARINGA - PR	País da nacionalidade BRASIL	Estado civil Solteiro
FILIAÇÃO	Pai SAULUS FABRICIUS CRUZ		
	Mãe FLAVIA NICOLAU MARTINS		
Cédula de Identidade 154948376	Data de emissão 12/12/2018	Órgão/UF emissor SSP/PR	Título Eleitoral 122989430604
Zona 137	Seção 0165	Inscr. Órgão de Classe	
CTPS 6264425	Série 0060	Data de expedição da CTPS 03/01/2020	UF CTPS PR
Doc. militar	Categoria	CPF 153.697.639-33	Cart. Nac. Habilitação
Cor Branca	Sexo Feminino	Grau de instrução Ensino Médio Incompleto	
Deficiência Não	Telefone Residencial	Telefone Celular	
Cargo SERVENTE DE LIMPEZA	Função	C.B.O. 514320	

Data de Admissão 07/07/2023	Salário R\$ 1.534,00	Por Mês	Horário de Trabalho das 08:00 as 17:00	Horário de Intervalo das 12:00 as 13:00
FGTS	Opção em 07/07/2023	Conta vinculada no banco	Data da Retificação	

PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL - PIS

Cadastrado em	Sob nº 161.37079.07-5	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

ACIDENTES DE TRABALHO, DOENÇAS OU DOENÇAS PROFISSIONAIS	
---	--

RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO

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

CONTRIBUIÇÃO SINDICAL

CONTRIBUIÇÃO SINDICAL	
-----------------------	--

Ana Vitoria Martins Cruz
ANA VITORIA MARTINS CRUZ

OBSERVAÇÕES

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: ANA VITORIA MARTINS CRUZ Código: 1041
Número CTPS: 6264425 Série: 0060

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, 07 de Julho de 2023

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: ANA VITORIA MARTINS CRUZ Código: 1041
Número CTPS: 6264425 Série: 0060

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

CURITIBA, 07 de Julho de 2023

Ana Vitoria Martins Cruz.
Empregado

AUTORIZAÇÃO DESCONTO E COBRANÇA SEGURO DE VIDA EM GRUPO

Eu, Lena Victoria Martins Cruz, portador do CPF 153.697.639.33, colaborador(a) da empregadora _____, 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.

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

Lena Victoria Martins Cruz

Assinatura do(a) Colaborador(a) Beneficiário

Data: 07 / 07 / 2023

Testemunha

NOME

RG:

Data / /

FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO

Lei N° 5:107 de 13 de Setembro de 1966.
Regulamentada Dec. 59.820 de 20 de Dezembro de 1966.

DECLARAÇÃO DE OPÇÃO
=====

Eu, ANA VITORIA MARTINS CRUZ Carteira Profissional N° 6264425 série 0060, empregado da empresa DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI sita 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 N° 59.820 de Dezembro de 1966.

CURITIBA, 07 de Julho de 2023.

+--Impressão Digital--+
[]
+

** Ana Vitória Martins Cruz*
ANA VITORIA MARTINS CRUZ

Testemunhas:

1a.
2a.
.....
(Assistente Responsável Legal pelo Menor)

Recebemos o Original

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

.....
DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS 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 07/07/2023 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:
"Os depósitos na conta vinculada do empregado, decorrente da Lei No. 5.107, de 13 de Setembro de 1966, são feitos na:

Agência do Banco:
Localizada em...: "
(Carimbo e Assinatura)

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 _____ 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.

Ama Vitória Martins Cruz

Assinatura e Data ___/___/___

Ama Vitória Martins Cruz

Assinatura e Data ___/___/___

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.

- 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

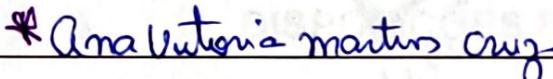
De acordo com o Artigo 158, Parágrafo Único, da lei 6.514/77 e da Norma Regulamentadora NR 1, a recusa ao fiel cumprimento desta ORDEM DE SERVIÇO, no todo ou em parte, constituirá ATO FALTOSO sujeitando o funcionário às penalidades previstas na lei.

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:

- a) cumprir as disposições legais e regulamentares sobre segurança e medicina do trabalho, inclusive as ordens de serviço expedidas pelo Empregador;
 - b) usar o EPI fornecido pelo empregador;
 - c) 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
		 LEANDRO REINA LOURENÇO TECNICO DE SEG. DO TRABALHO REGISTRO PROFISSIONAL PR002208.0

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

Lina Victoria martins cruz.

CPF

153 -697 -639 -33

LOCAL/DATA

maringá 07/07/2023

ASSINATURA

Lina Victoria martins cruz



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) **ANA VITORIA MARTINS CRUZ – CPF:153.697.639-33** 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

**Ana Vitoria martins cruz*
Nome: ANA VITORIA MARTINS CRUZ
Colaborador

Londrina, 07 de Julho de 2023.



TERMO DE COMPENSAÇÃO DE JORNADAS DE TRABALHO

Pelo presente contrato de trabalho por tempo indeterminado, DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI - Matriz , pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 20.596.423/0001-23 , com sede em - , na - , simplesmente denominada EMPREGADOR e de outro: ANA VITORIA MARTINS CRUZ , inscrito no CPF/MF sob o nº 153.697.639-33, portador(a) da Carteira de Trabalho nº Série nº , residente e domiciliado na Rua Pioneiro Camillo Bulla , 791 - Maringá - PR, 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 (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.

LONDRINA - PR, _____ DE _____ DE _____

DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI - Matriz
20.596.423/0001-23,

Ana Vitoria Martins

ANA VITORIA MARTINS CRUZ
153.697.639-33



A S O - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

06/07/2023

Fone: (44) 3040-5300

ECOL

Empresa

Razão Social: DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI
0003-95
CNPJ: 20.596.423/0003-95
Endereço: Rua Comendador Araújo
Cidade/UF: Curitiba / PR
Bairro: Centro
CEP: 80420000

Funcionário

Nome: ANA VITORIA MARTINS CRUZ
Código: 2608
RG: 154948376
CPF: 153.697.639-33
Nascimento/Idade: 25/08/2003 - 19
Cargo: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS
Setor: OPERACIONAL
Órgão Emissor:
Sexo: Feminino

Médico Coordenador do PCMSO

ALEXANDRE GIULIANGELLIPR17624

Riscos

Químicos: Produtos domissanitários.
Ergonômicos: Postura de trabalho.

EM CUMPRIMENTO ÀS PORTARIAS N°S 3214/78, 3164/82, 12/83, 24/94 E 08/96 NR7 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO PARA FINS DE EXAME:

Admissional

Avaliação Clínica e Exames Realizados

06/07/2023 Exame Clínico Ocupacional

Parecer

- Apto Para Função Inapto Para Função
- Apto Para Trab. em Altura Inapto Para Trab. em Altura
- Apto Para Trab. Confinado Inapto Para Trab. Confinado
- Apto Para Trab. Eletricidade Inapto Para Trab. Eletricidade

Observações

DECLARO TER RECEBIDO CÓPIA DESTE ATESTADO

Dra. Jaqueline Augusto de Oliveira
MÉDICA
CRM-PR 51433

Carimbo e Assinatura



Assinado Biometricamente 06/07/2023

ANA VITORIA MARTINS CRUZ