

# PROGRAMAÇÃO

## NORMA REGULAMENTADORA 6 - NR 6

### EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI

#### CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

- RESPONSABILIDADES: EMPREGADOR, EMPREGADOS E FABRICANTES;
- CERTIFICAÇÃO DE APROVAÇÃO – CA;
- CUIDADOS DE LIMPEZA, HIGIENIZAÇÃO, GUARDA E CONSERVAÇÃO;
- FORMA ADEQUADA DE USO E AJUSTE CORRETO DO EPI;
- TIPOS DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPI;
- MODO DE UTILIZAÇÃO DOS EPIS;
- TREINAMENTOS E INFORMAÇÕES EM SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO;
- EPI PARA PROTEÇÃO DA CABEÇA;
- EPI PARA PROTEÇÃO DOS OLHOS E FACE;
- EPI PARA PROTEÇÃO AUDITIVA;
- EPI PARA PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA;
- EPI PARA PROTEÇÃO DE TRONCO;
- EPI PARA PROTEÇÃO DOS MEMBROS SUPERIORES;
- EPI PARA PROTEÇÃO DOS MEMBROS INFERIORES;
- COMPETÊNCIAS;

**ECOL**  
Gestão de facilites



FICHA DE FUNCIONÁRIO  
MATRÍCULA 1078  
E-Social 1078

<b>Nome Completo</b>		<b>Data de Nascimento / Local</b>	
SIDNEI FELICIANO SILVA		25/07/1970 / Londrina /	
<b>CPF</b>	<b>RG</b>	<b>Orgão Exped./Data de Exped</b>	
731.314.829-15	52.064.56-2	PR / SSP /	
<b>Sexo:</b> Masculino			
<b>Nome da Mãe:</b> MARIA ELOA SILVA			
<b>Nome do Pai:</b> MAURO FELICIANO SILVA			
<b>Título Eleitor:</b> 044172280612 / Zona: 190 / Seção: 0074			
<b>Carteira Motorista</b>		<b>PIS/PASEP</b>	
		12299398475	
<b>CTPS / Data de Emissão</b>		<b>Série (CTPS) / Estado</b>	
<b>Logradouro(Rua/Avenida)</b>			
Rua Maria Imaculada Bellotti, 11			
<b>Bairro</b>			
Lagoa Dourada			
<b>Cidade</b>			
Londrina			
<b>E-mail:</b>			
<b>Nº Sapato</b>	<b>Nº Calça</b>	<b>Tamanho Camisa</b>	<b>Banco</b>
			104 - Caixa Econômica Federal
<b>Telefone Residencial</b>		<b>Telefone para Recado</b>	
143199835-2542			
<b>Estado Civil</b>			
<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>
OFICIAL			R\$: 2.303,40
<b>Data de Admissão</b>	<b>Vale Refeição (VR)</b>		<b>Vale Transp</b>
	R\$: 745,00		<b>Miet</b>
<b>07/08/2023</b>	<b>NAO</b>		<b>1º Emprego</b>
<b>Horário de Trabalho</b>			<b>Carga Hora</b>
Turno:			220
Início Expediente:			
Termino Expediente:			
Escala:			
<b>GAIASOFT</b>			<b>IMPRESSÃO: DIESSIC</b>
<i>Londrina 07/09/23</i>		<i>Sidnei Feliciano</i>	
Local e Data		Assinatura do Funcionário	
SIDNEI FELICIANO SILVA - RG: 731.314.829-15			



# Certificado

Certifico que

**SIDNEI FELICIANO SILVA**

Portador do RG: 520.645.6-2 concluiu o curso de

**NR 35 – TRABALHO EM ALTURA**

Com duração de 08 (Oito) horas promovido por Wagner Ribeiro Marques

Através **DOM MARQUES – ME** CNPJ 31.844.609/0001-70.

Período realizado: 03/08/2023.

Sertanópolis, 03 de Agosto de 2023.

**SIDNEI FELICIANO SILVA**

Portador

**WAGNER RIBEIRO MARQUES**

Instrutor Técnico

MTE nº 001525.3/PR;



## Conteúdo Programático do Treinamento

**Segurança do Trabalho em Altura NR-35** – Normas e regulamentos aplicáveis ao trabalho em altura; Procedimentos de trabalho e treinamento sobre manipulação de equipamentos; procedimentos conforme a NR-35; Risco a sua função;

Análise de Risco e condições impeditivas: sobre os fatores climáticos, grande potencial de risco procedimentos, técnicas de análise de risco, ferramentas para liberação de trabalho ou equipamento (APR, ATE, Check-list);

Riscos potenciais inerentes ao trabalho em altura e medidas de prevenção e controle: Queda e como prevenir; possíveis riscos, orientações e abordagens a terceiros;

Sistema, equipamentos e procedimentos de proteção coletiva: Andaimés plataforma procedimento de montagem e operação controle do risco check-list; conhecimento do equipamento e sua conservação;

Equipamento de Proteção Individual para trabalho em altura: seleção, inspeção, conservação e limitação de uso. Ajustar conforme a sua forma física, possíveis defeitos, check-list do equipamento, maneira correta da utilização e conservação;

Acidentes típicos de trabalho em altura: Falha no equipamento ou procedimento de operação no equipamento ou negligência, vertigem ou mal-estar e desconhecimento do risco;

Condutas em situação de emergência, incluindo noções de técnicas de resgate e de primeiros socorros: noções básicas de primeiros socorros, telefone de emergência e rotas de fuga;

Aula prática de trabalho em altura.

Número do Certificado: 000299/2023

Para verificar validade do certificado: [wagnerdommarques@gmail.com](mailto:wagnerdommarques@gmail.com)

## Currículo do Instrutor

Técnico de segurança no Trabalho Reg. MTE nº 001525.3/PR;  
Higienista Industrial pelo SENAI;

Palestrante Técnico do SENAI desde 2010;

Formação de instrutor de espaço confinado Reg: 4734521;

Formação de Instrutor de Trabalho em Altura Reg: 4734515;

Bombeiro Civil Reg: 4709381;

Formação de Brigada de Incêndio Reg: 464736;

Instrutor de operador de empilhadeira Reg:397369;

Instrutor de operador de minicarregadeira BOB CAT Reg:4622450.

**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 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 NA NR-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: SIDNEI FELICIANO SILVA

Assinatura:



DGX TERCEIRIZAÇÕES  
DE SERVICOS EIRELI

20.596.423/0003-95

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

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTOS

A  
DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI  
R COMENDADOR ARAUJO, CENTRO, CURITIBA - PR  
CNPJ: 20.596-423/0003-95

Eu, SIDNEI FELICIANO SILVA, portador da CTPS Nº: 85016, série 00023, empregado de DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI, admitido em 07 de Agosto de 2023, autorizo a descontar mensalmente do meu salário os itens abaixo:

1o. - 9382 VALE ALIMENTACAO

CURITIBA, 03 de Agosto de 2023.



SIDNEI FELICIANO SILVA  
CPF: 731.314.829-15









**TERMO DE COMPENSAÇÃO DE JORNADAS DE TRABALHO**

pelo presente contrato de trabalho por tempo indeterminado, DGX TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS EIRELI - Filial, pessoa jurídica 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 SIDNEI FELICIANO SILVA, inscrito no CPF/MF sob o nº 731.314.829-15, portador(a) da Carteira de Trabalho nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na Rua Maria Inocência Belletti, 11 - Londrina - PR,

simplesmente denominado EMPREGADO, tem justo e acertadas as seguintes condições que integram o contrato de trabalho para todos os fins:

- I. DO TERMO DE COMPENSAÇÃO**
- O EMPREGADO cumprirá jornada semanal de \_\_\_\_\_ horas, onde as horas excedentes/faltantes a 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;
  - Faculta-se ao EMPREGADOR, em virtude das exigências do serviço, instituir a jornada de trabalho 12 x 36, onde o empregado trabalhara em uma semana 3 dias e na seguinte por 4 dias;
  - 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;
  - As condições aqui previstas são aplicáveis inclusive se as atividades praticadas pelo EMPREGADO forem consideradas insalubres;
2. O presente acordo é celebrado por prazo indeterminado.
3. 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.

Curtitiba - PR, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

DGX TERCEIRIZAÇÕES  
DE SERVIÇOS EIRELI  
CNPJ 20.596.423/0003-95  
DGX TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS EIRELI - Filial  
20.596.423/0003-95



SIDNEI FELICIANO SILVA  
731.314.829-15

### 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

Sidmiri Sliciano Silva

CPF

73131482915

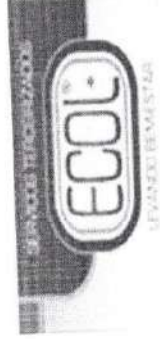
LOCAL/DATA

Sandrina 04 de agosto 2023

ASSINATURA

Sidmiri Sliciano Silva





## DECLARAÇÃO

AJUADA DE CUSTO - R\$ ~~160~~,00

Eu **SIDNEI FELICIANO SILVA**, inscrito no CPF/MF sob o nº **731.314.829-15**, portador da Carteira de Trabalho nº **85016** Série nº **0023 - PR**, residente e domiciliado na – Cidade de Londrina- PR, declaro estar ciente que receberei ajuda de custo da Empresa **DGX TERCEIRIZAÇÕES DE SERVIÇOS EIRELI**, pessoa **jurídica de direito privado**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº **20.596.423/0003-95**, com sede em **LONDRINA - PR, na AV DUQUE DE CAXIAS**, no valor de R\$ **100,00** (cem reais), acordado no ato de minha contratação, para traslado - de minha residência ao posto de trabalho e do posto de trabalho até minha residência.

Data: 04/08/23

*Sidnei S. Silva*

CPF: 731.314.829-15

SIDNEI FELICIANO SILVA





# ORDEM DE SERVIÇO

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 Empregador:

- 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  
04/08/13

Ass. Funcionário  
*Silvino Silvano Silva*

Ass. Técnico em  
Segurança do Trabalho



LEANDRO REINA LOURENCO  
TECNICO DE SEG. DO TRABALHO  
REGISTRO PROFISSIONAL PR002208.0

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

Eu, Sidmir S. Silva, portador do CPF 73131482315, solicito minha inclusão como participante colaborador(a) da empregadora \_\_\_\_\_, 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	Capitais Segurados			
		Principal	Cônjuge	Filhos	
15414.003484/2006-58	MORTE	Contratado	Não Contratado	Não Contratado	Não Contratado
15414.003485/2006-01	IPA	Contratado	Não Contratado	Não Contratado	Não Contratado
15414.003391/2006-91	FUNF	Contratado	Contratado	Contratado	Contratado
15414.003483/2006-11	IFPD	Contratado	Não Contratado	Não Contratado	Não Contratado

Sidmir S. Silva

Assinatura do(a) Colaborador(a) Beneficiário

Data: 09/08/23

Testemunha

NOME

RG:

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_