

Autenticar

REGISTRO DE EMPREGADO

Nº

000026

Empregador

GALTAMO COMERCIO E DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS DE LIMPEZA EIRELI

CNPJ

31.288.674/0001-67

Endereço

AV DUQUE DE CAXIAS, 4025, VILA SAO CAETANO, LONDRINA, PR,

Empregado

ANA BEATRIZ BARBOSA AQUINO

Beneficiários

REBECA ISADORA COSTA ALVES

Residência

Rua SEBASTIAO BARRETO, 2230, QD04 LT16 RES TOMIE, JARDIM ROSANGELO, ROLANDIA, PR, - CEP: 86602-438

Data de nascimento
25/07/1998Local do nascimento
BELA VISTA DO PARAISO - PRPaís da nacionalidade
BRASILEstado civil
Solteiro

FILIAÇÃO

Pai

SEBASTIAO SILVA DE AQUINO

Mãe

ANDREIA APARECIDA BARBOSA

Cédula de Identidade
146556620Data de emissão
02/02/2015Órgão/UF emissor
SSP/PRTítulo Eleitoral
118850230671Zona
059Seção
0039

Inscr. Órgão de Classe

CTPS
3218724Série
0050Data de expedição da CTPS
10/03/2016UF CTPS
PRCPF
061.967.691-46

Cart. Nac. Habilitação

Categoria

Doc. militar

Categoria

Cor

Não Informada

Sexo

Feminino

Grau de instrução

Ensino Médio Completo

Deficiência
Não

Telefone Residencial

Telefone Celular

43-991664657

Cargo

AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS

Função

C.B.O.

514320

Data de Admissão
06/05/2021Salário
R\$

5,91

Por
HoraHorário de Trabalho
Art. 62 - Inc. II CLTHorário de Intervalo
Art. 62 - Inc. II CLT

FGTS

Opção em

06/05/2021

Conta vinculada no banco

Data da Retificação

PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL - PIS

Cadastrado em

Sob nº

206.44025.47-0

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

RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO

Data da saída:

Data aviso ind.:

Data projeção:

Tipo do desligamento:

CONTRIBUIÇÃO SINDICAL

Ana Beatriz B. Aquino

ANA BEATRIZ BARBOSA AQUINO

OBSERVAÇÕES

CONTRATO DE TRABALHO INTERMITENTE

Por este instrumento particular, que entre si fazem a empresa GALTAMO COMERCIO E DISTRIBUIDORA DE PROD, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 31.288.674/0001-67, com sede à AV DUQUE DE CAXIAS, doravante denominada EMPREGADORA, e de outro lado ANA BEATRIZ BARBOSA AQUINO, 010 - Brasileiro, Solteiro, inscrito(a) no CPF sob o nº 061.967.691-46, no RG nº 146556620 e portador da CTPS nº 3218724, Série 0050, residente e domiciliado(a) à SEBASTIAO BARRETO, 2230, QD04 LT16 RES TOMIE, cidade de ROLANDIA-PR, daqui em diante denominado(a) EMPREGADO(a), fica justo e acordado o contrato de trabalho intermitente nos termos seguintes.

1. O(a) EMPREGADO(a) é contratado(a) na modalidade de trabalho intermitente, conforme artigo 443 e seu parágrafo 3º, e artigo 452-A e seus parágrafos, da CLT.
2. O(a) EMPREGADO(a) exercerá a função de AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS com todas as atribuições que lhe são peculiares, bem como as que vierem a ser designadas através de instruções da EMPREGADORA.
3. O(a) EMPREGADO(a) receberá o salário de : R\$ 5,91 Hora trabalhado (a).
4. A EMPREGADORA convocará o(a) EMPREGADO(a) por meio de comunicação eficaz, informando a jornada solicitada, com antecedência de pelo menos três dias. Recebida a comunicação o(a) EMPREGADO(a) terá um dia útil para comunicar a aceitação ou não da proposta, sendo que seu silêncio representará a recusa.
5. Aceita a proposta, a parte que, sem justo motivo, descumprir o ajustado, pagará à outra parte, no prazo de trinta dias, multa de 50% (cinquenta por cento) da remuneração que seria devida, permitida a compensação em igual prazo.
6. O período de inatividade não será considerado tempo à disposição da EMPREGADORA, podendo o(a) EMPREGADO(a) prestar serviços a outros contratantes.
7. O EMPREGADOR efetuará o recolhimento da contribuição previdenciária e o depósito do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), na forma da lei, com base nos valores pagos no período mensal, e fornecerá ao empregado comprovante do cumprimento dessas obrigações.
8. A cada 12 meses, o EMPREGADO adquire direito a usufruir, nos 12 meses subsequentes, um mês de férias, período no qual não poderá ser convocado para prestar serviços pelo mesmo empregador.
9. Ressalvadas as hipóteses as que se referem o art. 482 e art. 483, na hipótese de extinção do contrato de trabalho intermitente, serão devidas as seguintes verbas rescisórias:
 - Na integralidade, as demais verbas trabalhistas.
 - a. Pela Metade:
 - I O aviso prévio indenizado, calculado conforme o art. 452 F; e
 - II A indenização sobre o saldo do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, prevista no §1º do art. 18 da Lei nº 8036 de 11 de maio de 1990; e
 - b. Na integralidade, as demais verbas trabalhistas.

E, por estarem de pleno acordo, assinam ambas as partes este contrato, em duas vias de igual teor na presença das testemunhas abaixo relacionadas.

LONDRINA-PR, 06 de Maio de 2021.

Galtamo Com. e Distr. de
Produtos de Limpeza Ltda
CNPJ 31.288.674/0001-67
GALTAMO COMÉRCIO E DISTRIBUIDORA DE PROD

ANA B. Barbosa Aquino
ANA BEATRIZ BARBOSA AQUINO

TESTEMUNHA

CPF nº _____

TESTEMUNHA

CPF nº _____

DECLARAÇÃO DE VALE TRANSPORTE

Eu, ANA BEATRIZ BARBOSA AQUINO portador(a) da cédula de identidade 14655662-0, domiciliado à RUA SEBASTIAO BARRETO, 2250 - CONJ. HAB. TOMIE NAGATANI - ROLÂNDIA - PR, portador do PIS 2064402547-0, empregado(a) da empresa GALTAMO COMERCIO E DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS DE LIMPEZA LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 31.288.674/0001-67, com sede em LONDRINA - PR, na AV DUQUE DE CAXIAS, 4025 - VILA SAO CAETANO, 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 BEATRIZ BARBOSA AQUINO
061.967.691-46



FICHA DE FUNCIONÁRIO - MATRÍCULA 3218724



| | | | | | |
|--|-----------------|--------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------|
| Nome Completo | | Data de Nascimento / Local | | | |
| ANA BEATRIZ BARBOSA AQUINO | | 25/07/1998 / BELA VISTA DO PRARAISSO | | | |
| CPF | RG | Órgão Exped./Data de Exped. | | | |
| 061.967.691-46 | 14655662-0 | SESPPR / 02/02/2016 | | | |
| Sexo: Feminino | | | | | |
| Nome da Mãe: ANDREIA APARECIDA BARBOSA | | | | | |
| Nome do Pai: SEBASTIÃO SILVA DE AQUINO | | | | | |
| Título Eleitor: 1188 5023 0671 / Zona: 059 / Seção: 0039 | | | | | |
| Carteira de Motorista | | Tipo / Data de Validade | | | |
| | | / 00/00/0000 | | | |
| CTPS / Data de Emissão | | Série (CTPS) / Estado | | PIS/PASEP | |
| 3218724 / 10/03/2016 | | 0050 PR | | 2064402547-0 | |
| Logradouro (Rua / Avenida) | | | Complemento | | |
| RUA SEBASTIAO BARRETO, 2250 | | | QD04 LT16 | | |
| Bairro | | | CEP | | |
| CONJ. HAB. TOMIE NAGATANI | | | 86602-438 | | |
| Cidade | | | | | UF |
| ROLÂNDIA | | | | | PR |
| E-mail: | | | | | |
| Nº Sapato | Nº Calça | Tamanho Camisa | Banco | Agência | Op / Nº Conta |
| 36 | 38 | M | CAIXA | 0404 | 013 / 12390-9 |
| Telefone Residencial | | Telefone Celular | | Telefone para Recado | |
| | | (43) 99645-2590 | | | |
| Estado Civil | | | Grau de Instrução | | |
| SOLTEIRO | | | MEDIO COMPLETO | | |
| Nome do Cônjuge: | | | | | |
| Quantidade de Dependentes: 1 | | | | | |
| Nome do Dependente / Data de Nascimento | | | | | |
| REBECA ISADORA COSTA ALVES (28/08/2020) | | | | | |
| Função/CBO | | Posto de Trabalho | | Salário Mensal | |
| AUX SERVICOS GERAIS - CBO: 5143-20 | | DAVITA ROLANDIA | | R\$ 1.300,00 | |
| Data de Admissão | | Vale Refeição (VR) | Vale Transp Urb | Vale Transp Met | 1º Emprego |
| 06/05/2021 | | R\$ 240,00 | NAO | NAO | NAO |
| Horário de Trabalho | | | | | Carga Hor |
| SEG. A SEXTA Entrada: 12:30 Horas / Saída: 18:30 Horas / Intervalo: 00:15 Horas SABADO Entrada: 12:30 Horas / Saída: 18:30 Horas | | | | | 44 Horas |
| GAIASOFT | | IMPRESSÃO: DIESSICA | | | |

Local e Data

Ana Beatriz B. Aquino

Assinatura do Funcionário

ANA BEATRIZ BARBOSA AQUINO - RG: 14655662-0

ORDEM DE SERVIÇO - OS

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.

| | |
|---|---|
| EMPRESA: GALTAMO COMERCIO E DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS DE LIMPEZA LTDA | |
| Nome: ANA BEATRIZ BARBOSA AQUINO | Cargo: AUX SERVICOS GERAIS - CBO: 5143-20 |
| 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 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Riscos Químico: Produtos químicos na utilização para limpeza em geral; ▪ Riscos Biológico: Microorganismos e parasitas infecciosos vivos e seus tóxicos. ▪ Riscos Ergonômicos: Postura inadequada; ▪ Riscos de acidentes: quedas, colisões, escorregões | |
| EPI's RECOMENDADOS | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protetor Auricular (quando necessário). ▪ Bota de segurança ▪ Bota de PVC ▪ Luvas (conforme a necessidade) ▪ Uniforme Completo ▪ Óculos de segurança (quando necessário) ▪ Mascaras descartável (quando necessário) ▪ Cinto de segurança | |
| MEDIDAS PREVENTIVAS | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Antes de iniciar seu trabalho verifique seus instrumento de trabalho se estão com defeito. Caso evidencia 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; - Maquinas não é transporte coletivo e nem escada use apenas para finalidade que se destina; - Não improvise EPI's e EPC's; | |
| PROIBIÇÕES: | |
| <ul style="list-style-type: none"> - 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 ou interior dos setores de trabalho. | |
| NORMAS INTERNAS | |
| <ul style="list-style-type: none"> - É proibido o uso de celulares no horário de expediente (salvo quando necessário) A empresa disponibilizara 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). | |

Ana .

ORDEM DE SERVIÇO - OS

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 | | |
| <i>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.</i> | | |
| 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. do Funcionário | Ass. Técnico em Segurança do Trabalho |
| 06/05/21 | Ana Beatriz B. Aquino. | marcelle nascimento |

**ECOL Serviços Terceirizados**

Matriz: Rua Caetés, 192 - Vila Matarazzo - CEP: 86026-300 - Londrina / PR
Filial: Rua Miguel Fogiatto Sobrinho, 151 - Cruzeiro - CEP: 83010-100 - São José dos Pinhais / PR
Fone: 43 3321-3745 | 0800-400-4040
atendimento@grupoocol.com.br | www.grupoocol.com.br

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 CADA MÊS;
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 FORMA RIGOROSA 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;

Ciente:

Nome: ANA BEATRIZ BARBOSA AQUINO

Assinatura: Ana B. Barbosa Aquino

Galtamo Com. e Distr. de
Produtos de Limpeza Ltda
CNPJ: 31.288.674/0001-67

Dulciana Greco
GALTAMO COMERCIO E DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS DE LIMPEZA LTDA
31.288.674/0001-67

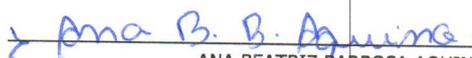
AUTORIZAÇÃO DE DESCONTOS

A
GALTAMO COMERCIO E DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS DE LIMPEZA EIRELI
AV DUQUE DE CAXIAS, VILA SAO CAETANO, LONDRINA - PR
CNPJ: 31.288.674/0001-67

Eu, ANA BEATRIZ BARBOSA AQUINO, portador da CTPS Nº: 3218724, série 0050, empregado de GALTAMO COMERCIO E DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS DE LIMPEZA EIRELI, admitido em 06 de Maio de 2021, autorizo a descontar mensalmente do meu salário os itens abaixo:

1o. - 9382 VALE ALIMENTACAO

LONDRINA, 08 de Maio de 2021.



ANA BEATRIZ BARBOSA AQUINO
CPF: 061.967.691-46

DECLARAÇÃO DE ENCARGOS DE FAMÍLIA PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA

Empresa: GALTAMO COMERCIO E DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS DE LIMPEZA EIRELI
C.N.P.J: 31288674000167
AV DUQUE DE CAXIAS, 4025, VILA SAO CAETANO

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 | REBECA ISADORA COSTA ALVES | Filho(a) ou enteado(a) até 21 anos | 28/08/2020 |

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.

LONDRINA, 08 de Maio de 2021.

Ana B. B. Aquino

ANA BEATRIZ BARBOSA AQUINO

Declarante: ANA BEATRIZ BARBOSA AQUINO
Endereço: Rua SEBASTIAO BARRETO, 2230 QD04 LT16 RES TOMIE
CEP: 86602-438 Cidade: ROLANDIA - PR
Estado Civil: Solteiro Carteira: 3218724 série 0050
CPF: 061.967.691-46

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

FICHA DE SALÁRIO FAMÍLIA

Empresa: GALTAMO COMERCIO E DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS DE LIMPEZA EIRELI
 Endereço: AV DUQUE DE CAXIAS
 Cidade: LONDRINA - PR
 C.N.P.J: 31.288.674/0001-67

Nome do Empregado: ANA BEATRIZ BARBOSA AQUINO
 CTPS/Série: 3218724/0050
 Data de admissão: 06 de Maio de 2021.

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 | REBECA ISADORA COSTA ALVES | 28/08/2020 | ROLANDIA PR | SERVIÇO REGISTRAL DE NASC | | | | | |

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:

Ana B. B. Aquino.
 ANA BEATRIZ BARBOSA AQUINO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

EMPRESA: GALTAMO COMERCIO E DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS DE LIMPEZA EIRELI
CNPJ: 31.288.674/0001-67

NOME DO SEGURADO: ANA BEATRIZ BARBOSA AQUINO
CTPS/SÉRIE: 3218724 / 0050

Nome do Filho

REBECA ISADORA COSTA ALVES

Data de Nascimento

28/08/2020

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).

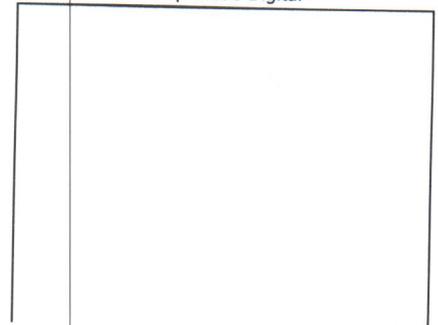
Estou ciente, ainda, de que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar à devolução das importâncias recebidas indevidamente, sujeitar-me-á às penalidades previstas no art. 171 do Código Penal a à rescisão do contrato de trabalho, por justa causa, nos termos do art. 482 da Constituição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

LONDRINA, 08 de Maio de 2021.

Ana B. B. Aquino

ANA BEATRIZ BARBOSA AQUINO

Impressão Digital



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: GALTAMO COMERCIO E DISTRIBUIDORA DE PROD
Endereço: AV DUQUE DE CAXIAS, 4025
Bairro: VILA SAO CAETANO
Estado: PR
Cidade: LONDRINA
CEP: 86026-070

Empregado: ANA BEATRIZ BARBOSA AQUINO
Número CTPS: 3218724

Código: 26
Série: 0050

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.

LONDRINA, 08 de Maio de 2021

Galtamo Com. e Distr. de
Produtos de Limpeza Ltda
CNPJ: 31.288.674/0001-67
Duque de Caxias
Empregador

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

Empregadora: GALTAMO COMERCIO E DISTRIBUIDORA DE PROD
Endereço: AV DUQUE DE CAXIAS, 4025
Bairro: VILA SAO CAETANO
Estado: PR
Cidade: LONDRINA
CEP: 86026070

Empregado: ANA BEATRIZ BARBOSA AQUINO
Número CTPS: 3218724

Código: 26
Série: 0050

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

LONDRINA, 08 de Maio de 2021

Ana B. B. Aquino.
Empregado



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.

Assinatura e Data ____/____/____

Ana B. B. Aquino
Assinatura e Data ____/____/____

CONTRATO DE TRABALHO

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: GALTAMO COMERCIO E DISTRIBUIDORA DE PROD
CNPJ/CEI/CPF: 31.288.674/0001-67
Endereço: AV DUQUE DE CAXIAS, Nº 4025
Município: LONDRINA UF: PR
Esp. Do estabelecimento:
Cargo: AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS
CBO: 514320
Data da admissão: 6 de Maio de 2021
Registro Nº.: FLS/Ficha:
Remuneração especificada: 5,91
(cinco reais e noventa e um centavos) por mês
Galtamo Comercio Ltda
Produtos de Limpeza Ltda
CNPJ: 31.288.674/0001-67
GALTAMO COMERCIO E DISTRIBUIDORA DE PROD

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR
CGC/CPF/CEI
ENDEREÇO
MUNICÍPIO UF
ESP. DO ESTABELECIMENTO
CARGO CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE
REGISTRO Nº FLS / FICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA
.....
1ª 2ª

DATA DE SAÍDA DE DE
.....
1ª 2ª

COM. DISPENSA CD Nº
FGTS Nº DA CONTA:

CERTIFICADO



CURSO TÉCNICO DE LIMPEZA COM UTILIZAÇÃO DE MOP PROFISSIONAL.

O departamento de SESMT da Ecol Gestão de Facilities Certifica que o Colaborador(a) Ana Beatriz Portador do RG nº: _____ participou com 100% de aproveitamento TREINAMENTO PRÁTICO DE UTILIZAÇÃO DE MOP PARA LIMPEZA PROFISSIONAL.

Carga Horária: 60 minutos.

Conteúdo Programático: APRESENTAÇÃO DO MOP, TÉCNICAS DE UTILIZAÇÃO NA LIMPEZA HOSPITALAR, TROCA DE REFILO, ACONDICIONAMENTO, BOAS PRÁTICAS.

Metodologia Pedagógica: 70:20:10

- 70% de missões difíceis e desafios profissionais, ou seja, por meio da experiência prática.
- 20% vindo de colegas e superiores, ou seja, por meio da troca.
- 10% à formação tradicional e leituras, ou seja, por meios formais de aprendizado.



Por ser Verdadeiro, firmamos o presente:

Ana Beatriz Barbosa Aquino
Assinatura do Colaborador

[Assinatura]
Assinatura do Técnico – Instrutor
Rosilene Aparecida dos Santos

[Assinatura]
Representante do SESMT
Marcelo José M Santos

Local (posto de Trabalho): DAVITA TRATAMENTO RENAL ROLANDIA - PR Data: 30 / 07 / 21

