

EMPREGADOR: DGX TERCEIRIZAÇÃO LTDA
ENDERECO: RUA PARA, 1500 - ANDAR: 6 - SALA: 601 - BAIRRO: CENTRO
INSCRIÇÃO FEDERAL: 20.596.423/0001-23
REGISTRO: 001388

REGISTRO DE EMPREGADO

NOME: LUIZ FERNANDO DA SILVA
CNAE: 8121-4/00
CEP: 86010-450
MUNICIPIO: Londrina - PR



FILIAÇÃO: PAI: JOSE DA SILVA MÃE: MARIA ANA DE MACEDO SILVA	NASC TO: 04/05/1965	SEXO: Masculino	NATURAL DE: Curitiba -PR	NACIONALIDADE: BRASIL	BRASIL	EST.CIVIL: CASADO	MA TRICULA: 01388.001
ENDEREÇO: Rua Pedro Batista Medeiros BAIRRO: Borda do Campo	449	MUNICIPIO: São José dos Pinhais - PR	- COMPLEMENTO:	NACIONALIDADE: BRASIL	BRASIL	EST.CIVIL: CASADO	
IDENTIDADE	RG: 3.971.695 -0./PR	CART. TRABALHO	NÚMERO: 40.484	DIS/PASEP	120.60126.94.2	CART. MAC. HAB.	NRO: 567.060.909-30
EMISSÃO: 21/07/1983	000-5	- UF: PR	SÉRIE: 000-5	CAD. EM:	BCO: 0	Ag.: 0	CAT:
ÓRGÃO: SSP PR	EMISSÃO: 05/09/1989	- CONSELHO	Ag.: 0	Ag.: 0	Ag.: 0	Ag.: 0	Ag.: 0
GRAU DE INSTRUÇÃO: Ensino Médio Compl.	- HAB. PROFISSIONAL:	- CONSELHO	Ag.: 0	Ag.: 0	Ag.: 0	Ag.: 0	Ag.: 0

ADMITIDO EM: 01/11/2016 **PARA A FUNÇÃO DE:** PORTEIRO **(CBO:5174-10)** **- REG. PROFISSIONAL**
TÉRMINO DO CONTRATO: 29/01/2017 **- CONSELHO** **COM O SALÁRIO DE R\$ 1.475,00 POR MÊS** **- REGIÃO:**
ADICIONAIS DE **LOCAÇÃO:** 01.000.0544.0000 **- GRUPO ECOL** **SEDE KM 60,5 ECOVIA**

HORÁRIO DE TRABALHO: DIAS NORMAIS - DAS 07:00 ÀS 19:00 HORAS. (SEGUNDA, TERÇA, QUARTA, QUINTA, SEXTA.) **- SEDE KM 60,5 ECOVIA**
OPÇÃO PELO FGTS EM: 01/11/2016 **DEPOSITO NO BANCO** 0 **AG.** 0 **ÚLTIMO EXAME MÉDICO PERIÓDICO EM:** **MEMBRO DA CIPA COMO**
BENEFICIÁRIOS - NOME **DATA NASCIMENTO** **GRAU DE PARENTESCO** **TREINAMENTO EM**

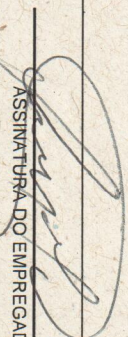
Assinatura do empregado

ASSINATURA DO EMPREGADO
 POLEGAR DIREITO

DGX TERCEIRIZAÇÃO LTDA. - ME.
 20.596.423/0001-23

REGISTRO NFO: 001388	NOME: LUIZ FERNANDO DA SILVA	MATRÍCULA: 01388.001
FÉRIAS		
PERÍODO AQUISITIVO A	PERÍODO CONCESSIVO	PERÍODO SINDICATO
CONTRIBUIÇÃO SINDICAL		
IMPORTÂNCIA		
ABONO PECUNIÁRIO		
PERÍODO AQUISITIVO A	PERÍODO CONCESSIVO A	ALTERAÇÕES DE CARGO/FUNÇÃO
ALTERAÇÕES DE CARGO/FUNÇÃO		
DATA 01/11/2016	SALÁRIO 1.475,00	DATA 01/11/2016
ALTERAÇÕES SALARIAIS		
ALTERAÇÕES DE HORÁRIO		
MOTIVO		
Salário Admissão		
ENTRADA SAÍDA INTERVALO		
AFASTAMENTOS		
INÍCIO	TÉRMINO	MOTIVO
OCORRÊNCIAS		
DATA CÓDIGO PONTUAÇÃO DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA		
TRANSFERÊNCIAS		
DATA	TRANSFERIDO PARA A LOCAÇÃO	NOME DA LOCAÇÃO
OBSERVAÇÕES		
DEMITIDO EM:	MOTIVO DE DEMISSÃO:	

Documento emitido em 22/11/2016, às 15h34min, conforme instruções da portaria 41 do Ministério do Trabalho e Emprego de 28/03/2007


 ASSINATURA DO EMPREGADO

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABALHO POR TEMPO INDETERMINADO

Pelo presente contrato de trabalho por tempo indeterminado, DGX TERCEIRIZAÇÃO LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 20.596.423/0001-23, com sede em Londrina - Paraná, na Rua RUA TREMEMBES, 91, RESID. VILA CASONI, em Londrina - Paraná, simplesmente denominada EMPREGADOR e de outro:

LUIZ FERNANDO DA SILVA

inscrito no CPF/MF sob o nº 567.060.909-30, portador(a) da Carteira de Trabalho nº 40484, Série nº 000-5, residente e domiciliado na Rua/Av. RUA PEDRO BATISTA MEDEIROS, 449, simplesmente denominado EMPREGADO, têm justo e acertadas as seguintes condições que integram o contrato de trabalho para todos os fins:

I. DO CONTRATO DE TRABALHO

1. O presente contrato de trabalho é regido pelas normas prescritas pela Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto- Lei nº 5.452/43).
2. É vedados às partes alegar o desconhecimento da lei, bem como das disposições constantes deste contrato individual de trabalho.
3. O contrato, inicialmente, será a título de experiência, com prazo total de duração previsto de 30 (trinta) dias. Em caso de rescisão até o termo pré-fixado do contrato, caberá ao EMPREGADO apenas a indenização prevista na legislação vigente.
4. Se a prestação de serviço exceder aos 30 (trinta) dias iniciais, o contrato de trabalho a título de experiência poderá ser renovado, sendo que a superação de 90 (noventa) dias o converterá automaticamente em por 'prazo indeterminado', sendo ao EMPREGADO garantidas todos os benefícios em lei previstos.
5. O EMPREGADO deverá exercer a função de **PORTEIRO**. Por livre determinação da empresa, o EMPREGADO poderá ser transferido para outra função diferente da que foi contratado inicialmente.
6. Caso o EMPREGADOR venha a constituir grupo de empresas ou formar empresas coligadas, o EMPREGADO poderá ser aproveitado por qualquer uma delas, mesmo em funções diferentes da que foi contratado.
7. É obrigatório durante o exercício do trabalho a utilização de crachás de identificação, dos uniformes fornecidos pela empresa e dos equipamentos de proteção individual (EPI's)
8. A jornada de trabalho do EMPREGADO é de 44 horas semanais, facultada a adoção do sistema de compensação de jornada de trabalho ou adoção de banco de horas, conforme os preceitos da CLT e dos instrumentos de Negociação Coletiva com o sindicato da categoria.
9. O EMPREGADO deverá cumprir o horário de trabalho que lhe foi designado, anotando nos cartões-ponto a jornada integralmente laborada.
10. O registro de horário nos cartões-ponto é ato personalíssimo do EMPREGADO, sendo expressamente vedado que outra pessoa os anote.
11. Não serão permitidos atrasos, sendo que os minutos que estiverem em desacordo com o previsto pelo art. 58, § 1º, da CLT, serão descontados.
12. O EMPREGADO compromete-se a utilizar os equipamentos de proteção individual (EPI's) fornecidos pela empresa para as atividades que necessitarem, assinando a ficha de retirada de equipamentos ou termo equivalente.
- 8.1. Em caso de defeito nos equipamento de proteção individual, é obrigação do EMPREGADO comunicar imediatamente a empresa e suspender a execução dos serviços até que estes sejam substituídos.
13. Qualquer impedimento de saúde que impossibilite o trabalho deverá ser comprovado pelo EMPREGADO no dia do retorno ao serviço, exceto quando o afastamento for superior a 5 (cinco) dias, hipótese em que o EMPREGADO deverá comunicar sua ausência, justificando-a com o correspondente atestado médico, até o 5º dia após o afastamento.
14. Em caso de acidente de trabalho é obrigação inescusável do EMPREGADO a de comunicar seus superiores imediatamente.
15. É obrigação inescusável do EMPREGADO a de comunicar seus superiores imediatamente caso esteja grávida, inclusive até o período de 9 (nove) meses pós-rescisão.
16. A inobservância de quaisquer previsões contidas neste contrato individual de trabalho será punível com advertências, suspensões ou até mesmo a demissão por justo motivo.

II. DO REGULAMENTO INTERNO DA EMPRESA

1. A empresa declara possuir regulamento interno, que aplicar-se-á a todos os funcionários.
2. O EMPREGADO declara, neste ato, ter recebido o regulamento, bem como que teve acesso à todas as suas disposições, comprometendo-se a cumpri-lo integralmente.

III. DO REGIME DE COMPENSAÇÃO DE JORNADAS DE TRABALHO

DECLARAÇÃO DE VALE TRANSPORTE

LUIZ FERNANDO DA SILVA portador(a) da cédula de identidade RG
3.971.695-0 residente domiciliado à **RUA PEDRO BATISTA MEDEIROS, 449**
portador(a) do PIS 120.60126.94-2 empregado da empresa DGX TERCEIRIZAÇÃO LTDA,
CNPJ: 20.596.423/0001-23, Localizado na Rua RUA TREMEMBES, 91, RESID. VILA CASONI, em
Londrina - Paraná, 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/Uberno

Quero Ter 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, 01 de novembro de 2016



LUIZ FERNANDO DA SILVA

DECLARAÇÃO DE VALE TRANSPORTE

3.971.695.0 portador(a) da cédula de identidade RG
Luiz Fernando da Silva residente domiciliado à R. Pedro B. Medeiros 453
CNPJ: 20.596.423/0001-23, Localizado na Rua RUA TREMEMBES, 91, RESID. VILA CASONI, em
Londrina - Paraná, 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

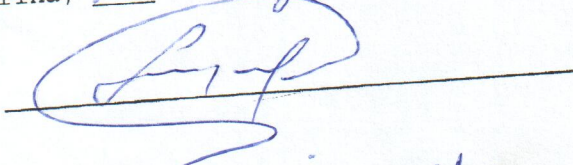
() Urbano

() Metropolitano/Ubarno

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, 17 de agosto de 2017



LUIZ FERNANDO DA SILVA

* Ajuda de Custo

FICHA DE ENTREGA DOS E.P.I.'S.

TERMO DE RESPONSABILIDADE PELA GUARDA E USO DE
EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - E.P.I.

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADO

Nome:

Cargo:

Seção:

Recebi da empresa DGX TERCEIRIZAÇÃO LTDA CNPJ: 20.596.423/0001-23, a título de empréstimo, para meu uso exclusivo e obrigatório nas dependências da empresa, conforme determinado na NR-6 da Portaria 3.214/78, os equipamentos especificados neste termo de responsabilidade, comprometendo-me a mantê-los em perfeito estado de conservação, ficando ciente de que:

1- Recebi treinamento quanto à necessidade na utilização dos referidos EPI's, a maneira correta de usá-los, guardá-los e higienizá-los, bem como da minha responsabilidade quanto a seu uso conforme determinado na NR-1 da Portaria 3.214/78.

2- Se o equipamento for danificado ou inutilizado por emprego inadequado, mau uso, negligência ou extravio, a empresa me fornecerá novo equipamento e cobrará o valor de um equipamento da mesma marca ou equivalente ao da praça (parágrafo único do artigo 4º da CLT).

3- Fico proibido de dar ou emprestar o equipamento que estiver sob minha responsabilidade, só podendo fazê-lo se receber ordem por escrito da pessoa autorizada para tal fim.

4- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento deverei comunicar imediatamente ao setor competente.

5- Terminando os serviços ou no caso de rescisão do contrato de trabalho, devolvarei o equipamento completo e em perfeito estado de conservação, considerando-se o tempo do uso do mesmo, ao setor competente.

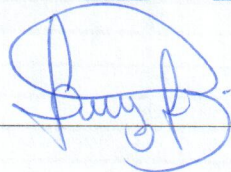
6- Estando os equipamentos em minha posse, estarei sujeito a inspeções sem prévio aviso.

7- Fico ciente de que não utilizando o equipamento de proteção individual em serviço estarei sujeito as sanções disciplinares cabíveis que irão desde simples advertências até a dispensa por justa causa nos termos do Art. 482 da C.L.T. combinado com a NR- e NR-6 da Portaria 3.214/78.

Londrina, 01 de 11 de 2016

Ciente:

Nome:





FICHA DE ENTREGA DOS E.P.I.'s

TERMO DE RESPONSABILIDADE PELA GUARDA E USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - E.P.I.

Recebi da empresa ECOL SERVIÇOS TERCEIRIZADOS LTDA, CNPJ nº 10.325.183/0001-79, a título de empréstimo, para meu uso exclusivo e obrigatório nas dependências da empresa, conforme determinado na NR-6 da Portaria 3.214/78, os equipamentos especificados neste termo de responsabilidade, comprometendo-me a mantê-los em perfeito estado de conservação, ficando ciente de que:

- 1- Recebi treinamento quanto à necessidade na utilização dos referidos EPI's, a maneira correta de usá-los, guardá-los e higienizá-los, bem como da minha responsabilidade quanto a seu uso conforme determinado na NR-1 da Portaria 3.214/78.
- 2- Se o equipamento for danificado ou inutilizado por emprego inadequado, mau uso, negligência ou extravio, a empresa me fornecerá novo equipamento e cobrará o valor de um equipamento da mesma marca ou equivalente ao da praça (parágrafo único do artigo 462 da CLT).
- 3- Fico proibido de dar ou emprestar o equipamento que estiver sob minha responsabilidade, só podendo fazê-lo se receber ordem por escrito da pessoa autorizada para tal fim.
- 4- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento deverei comunicar imediatamente ao setor competente.
- 5- Terminando os serviços ou no caso de rescisão do contrato de trabalho, devolverei o equipamento completo e em perfeito estado de conservação, considerando-se o tempo do uso do mesmo, ao setor competente.
- 6- Estando os equipamentos em minha posse, estarei sujeito a inspeções sem prévio aviso.
- 7- Estou ciente de que não utilizando o equipamento de proteção individual em serviço estarei sujeito às sanções disciplinares cabíveis que irão desde simples advertências até a dispensa por justa causa nos termos do Art. 482 da C.L.T. combinado com a NR- e NR-6 da Portaria 3.214/78.

FUNCIONARIO:

Fernando da Silva

CLIENTE:

Govia

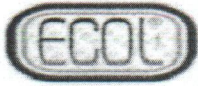
DATA:

11 / 07 / 18

<input type="checkbox"/> ABAFADOR AURICULAR	C.A.	<input type="checkbox"/> FITA JUGULAR CAPACETE	C.A.
<input type="checkbox"/> ARANHA CAPACETE	C.A.	<input type="checkbox"/> LUVA EMBORRACHADA TAM	C.A.
<input type="checkbox"/> AVENTAL DE PVC	C.A.	<input type="checkbox"/> LUVA NITRILICA TAM	C.A.
<input type="checkbox"/> AVENTAL DE RASPA	C.A.	<input type="checkbox"/> LUVA P.U. TAM:	C.A.
<input type="checkbox"/> BONE ARABE	C.A.	<input type="checkbox"/> LUVA TRICOTADA TAM ÚNICO	C.A.
<input type="checkbox"/> BOTA BORRACHA TAM:	C.A.	<input type="checkbox"/> LUVA VAQUETA TAM ÚNICO	C.A.
<input type="checkbox"/> BOTINA COURO TAM:	C.A.	<input type="checkbox"/> MACACAO VENENO TAM	C.A.
<input type="checkbox"/> CALÇA ELANCA TAM	C.A.	<input type="checkbox"/> MANGOTE RASPA	C.A.
<input type="checkbox"/> CALÇA SOCIAL TAM	C.A.	<input type="checkbox"/> MANGOTE TECIDO	C.A.
<input type="checkbox"/> CALÇA TACTEL TAM	C.A.	<input type="checkbox"/> MASCARA RESP. PFF2	C.A.
<input type="checkbox"/> CAMISA POLO TAM:	C.A.	<input type="checkbox"/> OCULOS AMPLA VISAO	C.A.
<input checked="" type="checkbox"/> CAMISA SOCIAL TAM: <i>03</i>	C.A.	<input type="checkbox"/> OCULOS CINZA	C.A.
<input type="checkbox"/> CAMISETA BASICA TAM:	C.A.	<input type="checkbox"/> OCULOS INCOLOR	C.A.
<input type="checkbox"/> CAMISETA REFLETIVA TAM:	C.A.	<input type="checkbox"/> PROTETOR AURICULAR	C.A.
<input type="checkbox"/> CANELEIRA PVC	C.A.	<input type="checkbox"/> PROTETOR SOLAR 120ML	C.A.
<input type="checkbox"/> CAPA PVC	C.A.	<input type="checkbox"/> SAPATO COURO TAM:	C.A.
<input type="checkbox"/> CAPACETE COMPLETO	C.A.	<input type="checkbox"/> TOUCA ARABE	C.A.
<input type="checkbox"/> CINTO DUPLO COSTAL	C.A.		C.A.
<input type="checkbox"/> COLETE REFLETICO TAM	C.A.		C.A.
<input type="checkbox"/> DOLMA TAM	C.A.		C.A.

FUNCIONARIO:

[Signature]



FICHA DE ENTREGA DOS E.P.I.'s

TERMO DE RESPONSABILIDADE PELA GUARDA E USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - E.P.I.

Recebi da empresa ECOL SERVIÇOS TERCEIRIZADOS LTDA, CNPJ nº 10.325.183/0001-79, a título de empréstimo, para meu uso exclusivo e obrigatório nas dependências da empresa, conforme determinado na NR-6 da Portaria 3.214/78, os equipamentos especificados neste termo de responsabilidade, comprometendo-me a mantê-los em perfeito estado de conservação, ficando ciente de que:

- 1- Recebi treinamento quanto à necessidade na utilização dos referidos EPI's, a maneira correta de usá-los, guardá-los e higienizá-los, bem como da minha responsabilidade quanto a seu uso conforme determinado na NR-1 da Portaria 3.214/78.
- 2- Se o equipamento for danificado ou inutilizado por emprego inadequado, mau uso, negligência ou extravio, a empresa me fornecerá novo equipamento e cobrará o valor de um equipamento da mesma marca ou equivalente ao da praça (parágrafo único do artigo 462 da CLT).
- 3- Fico proibido de dar ou emprestar o equipamento que estiver sob minha responsabilidade, só podendo fazê-lo se receber ordem por escrito da pessoa autorizada para tal fim.
- 4- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento deverei comunicar imediatamente ao setor competente.
- 5- Terminando os serviços ou no caso de rescisão do contrato de trabalho, devolverei o equipamento completo e em perfeito estado de conservação, considerando-se o tempo do uso do mesmo, ao setor competente.
- 6- Estando os equipamentos em minha posse, estarei sujeito a inspeções sem prévio aviso.
- 7- Estou ciente de que não utilizando o equipamento de proteção individual em serviço estarei sujeito às sanções disciplinares cabíveis que irão desde simples advertências até a dispensa por justa causa nos termos do Art. 482 da C.L.T. combinado com a NR- e NR-6 da Portaria 3.214/78.

FUNCIONARIO	<i>Luiz Fernando da Silva</i>	DATA	
CLIENTE	<i>Ecovia</i>		<i>04.04.17</i>

<input type="checkbox"/>	ABAFADOR AURICULAR	C.A.	<input type="checkbox"/>	CAPA PVC TAM:	C.A.
<input type="checkbox"/>	AVENTAL DE PVC	C.A.	<input type="checkbox"/>	CAPA MOTOQUEIRO TAM:	C.A.
<input type="checkbox"/>	AVENTAL DE RASPA	C.A.	<input type="checkbox"/>	CAPACETE COMPELTO	C.A.
<input type="checkbox"/>	BATA FEMININA	C.A.	<input type="checkbox"/>	COLETE REFLETIVO TAM:	C.A.
<input type="checkbox"/>	BONE ARABE	C.A.	<input type="checkbox"/>	DOMA TAM:	C.A.
<input type="checkbox"/>	BOTA BORRACHA TAM:	C.A.	<input type="checkbox"/>	LUVA VAQUETA	C.A.
<input type="checkbox"/>	BOTINA COURO TAM:	C.A.	<input type="checkbox"/>	LUVA NITRILICA TAM:	C.A.
<input type="checkbox"/>	CALÇA BRIM TAM	C.A.	<input type="checkbox"/>	LUVA TRICOTADA	C.A.
<input checked="" type="checkbox"/>	CALÇA SOCIAL TAM <i>40</i>	C.A.	<input type="checkbox"/>	OCULOS UVEX INCOLOR	C.A.
<input checked="" type="checkbox"/>	CAMISA SOCIAL TAM: <i>M</i>	C.A.	<input type="checkbox"/>	OCULOS UVEX CINZA	C.A.
<input type="checkbox"/>	CAMISETA BASICA TAM:	C.A.	<input type="checkbox"/>	SAPATO COURO TAM:	C.A.
<input type="checkbox"/>	CANELEIRA PVC	C.A.	<input type="checkbox"/>		C.A.
<input type="checkbox"/>		C.A.	<input type="checkbox"/>		C.A.
<input type="checkbox"/>		C.A.	<input type="checkbox"/>		C.A.

FUNCIONARIO	<i>[Signature]</i>
-------------	--------------------



TERMO DE ENTREGA E RESPONSABILIDADE PELA GUARDA E USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - E.P.I. Nº 409

Solicitante		Cliente	
RITIELLE CORRÊA RODRIGUES		ECOVIÁ - SEDE ADMINISTRATIVA	
Funcionário			
LUIS FABIANO TEIXEIRA - CPF: 963.079.199-49			
Data de Registro		Data e Hora de Retirada	
28/07/2017		28/07/2017 00:00:00	
OBS:			
Qt	Item EPI	Desc. Opc. Item (Tam, Mod, etc).	Observação
1	JAQUETA ECOL	9	
GAIASOFT			IMPRESSÃO: RITIELLE

Recebi da empresa ECOL a título de empréstimo, para meu uso exclusivo e obrigatório, conforme determinado na NR-6 da Portaria 3.214/78, os equipamentos especificados neste termo de responsabilidade, comprometendo-me a mantê-los em perfeito estado de conservação, ficando ciente de que:

- Recebi treinamento quanto à necessidade na utilização dos referidos EPI's, a maneira correta de usá-los, guardá-los e higienizá-los, bem como da minha responsabilidade quanto a seu uso conforme determinado na NR-1 da Portaria 3.214/78.

- Estou ciente de que não utilizando o equipamento de proteção individual em serviço estarei sujeito às sanções disciplinares cabíveis que irão desde simples advertências até a dispensa por justa causa nos termos do Art. 482 da C.L.T. combinado com a NR- e NR-6 da Portaria 3.214/78.

S. J. P.

03, 08, 2017

LUIS F. TEIXEIRA

Local e Data

Assinatura do Funcionário



TERMO DE ENTREGA E RESPONSABILIDADE PELA GUARDA E USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - E.P.I. Nº 410

Solicitante		Cliente	
RITIELLE CORRÊA RODRIGUES		ECOVIÁ - SEDE ADMINISTRATIVA	
Funcionário			
LUIZ FERNANDO DA SILVA - CPF: 567.060.909-30			
Data de Registro		Data e Hora de Retirada	
28/07/2017		28/07/2017 00:00:00	
OBS:			
Qt	Item EPI	Desc. Opc. Item (Tam, Mod, etc).	Observação
1	JAQUETA ECOL	G	
GAIASOFT			

IMPRESSÃO: RITIELLE

Recebi da empresa ECOL a título de empréstimo, para meu uso exclusivo e obrigatório, conforme determinado na NR-6 da Portaria 3.214/78, os equipamentos especificados neste termo de responsabilidade, comprometendo-me a mantê-los em perfeito estado de conservação, ficando ciente de que:

- Recebi treinamento quanto à necessidade na utilização dos referidos EPI's, a maneira correta de usá-los, guardá-los e higienizá-los, bem como da minha responsabilidade quanto a seu uso conforme determinado na NR-1 da Portaria 3.214/78.
- Estou ciente de que não utilizando o equipamento de proteção individual em serviço estarei sujeito às sanções disciplinares cabíveis que irão desde simples advertências até a dispensa por justa causa nos termos do Art. 482 da C.L.T. combinado com a NR- e NR-6 da Portaria 3.214/78.

S.fox Pandois . 03.08.17
 Local e Data

[Assinatura]
 Assinatura do Funcionário



FICHA DE FUNCIONÁRIO - MATRÍCULA 040565



Nome Completo		Data de Nascimento / Local			
LUIZ FERNANDO DA SILVA		04/05/1965 / CURITIBA - PR			
CPF	RG	Órgão Exped./Data de Exped.			
567.060.909-30	3.971.695-0	SSP PR / 00/00/0000			
Sexo: Masculino					
Nome da Mãe: MARIA ANA DE MACEDO SILVA					
Nome do Pai: JOSE DA SILVA					
Título Eleitor: 030513280663 / Zona: 199 / Seção: 0076					
Carteira de Motorista			Tipo / Data de Validade		
			/ 00/00/0000		
CTPS / Data de Emissão		Série (CTPS) / Estado		PIS/PASEP	
40484 / 05/09/1989		0005 PR		120.60126.94-2	
Logradouro (Rua / Avenida)			Complemento		
RUA PEDRO BATISTA MEDEIROS, 449					
Bairro			CEP		
			83075-080		
Cidade					UF
SÃO JOSE PINHAIS					PR
E-mail:					
Nº Sapato	Nº Calça	Tamanho Camisa	Banco	Agência	Operação / Nº Conta
40	40	03	CAIXA ECONOMICA FEDERAL	0406	013 / 00196638-2
Telefone Residencial		Telefone Celular		Telefone para Recado	
(41) 3106-0942		(41) 9887-4734		(41) 9948-7442	
Estado Civil			Grau de Instrução		
CASADO			MEDIO COMPLETO		
Nome do Cônjuge:					
Quantidade de Dependentes: 0					
Nome do Dependente / Data de Nascimento					
Função		Posto de Trabalho		Salário Mensal	
PORTEIRO		ECOVIA - SEDE ADMINISTRATIVA		R\$ 1.475,00	
Data de Admissão		Vale Refeição (VR)	Vale Transporte Urb	Vale Transporte Met	1º Emprego
01/11/2016		R\$ 330,00	NAO		
Horário de Trabalho					Carga Horária
SEG A SEX Entrada: 07:00 Horas / Saída: 19:00 Horas / Intervalo: 1 Horas SABADO / DOMINGO Entrada: 07:00 Horas / Saída: 19:00 Horas					12 Horas
GAIA SOFT			IMPRESSÃO: KARINE		

S. Jose Pinhais, 24, 11, 16

Assinatura do Funcionário

Local e Data

LUIZ FERNANDO DA SILVA - RG: 3.971.695-0

ORDEM DE SERVIÇO – OS

Conforme estabelecido no item 1.7, letra “b”, NR-01 da Portaria 3214/Mte, cabe ao empregador elaborar Ordem de Serviço (OS) sobre Segurança e Medicina do Trabalho, dando ciência aos empregados.

ORDEM DE SERVIÇO – OS	
EMPRESA: ECOL SERVIÇOS TERCEIRIZADOS LTDA	
DADOS DO FUNCIONARIO E ASSINATURA	
Nome Legível: LUIZ FERNANDO DA SILVA	
Identidade: 3.971.695-0	
Cargo: Porteiro	
Assinatura:	
Data:	
OBRIGAÇÕES DO EMPREGADO	
<ul style="list-style-type: none">Cumprir todas as normas expedidas pelo Empregador, inclusive esta ordem de serviço;Comunicar todas as condições inseguras presentes no ambiente ao supervisor imediato;Usar obrigatoriamente os Equipamentos de Proteção Individual indicados para a função;Manter a ordem, disciplina, higiene e segurança no trabalho;Executar as tarefas que lhe forem delegadas após treinamento específico para execução da mesma;Acompanhar as atividades realizadas em seu ambiente de trabalho e orientar os empregados que estiverem em situação de risco;Colaborar com a empresa na aplicação das Normas Regulamentadoras – NRs.	
ATIVIDADES REALIZADAS	
Executa atividades de: <ul style="list-style-type: none">Realiza limpeza em geral, do piso, mobiliários, instalações sanitárias e recolher lixo das salas.	
RISCOS DAS ATIVIDADES	
<ul style="list-style-type: none">Risco Químico: Saponáceos comuns.Risco de biológico: Vírus, bactérias e fungos.	
EPI's UTILIZADOS	
<ul style="list-style-type: none">Luva de Látex;Bota de PVC;Calçado de segurança;	
MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE	
<ul style="list-style-type: none">Utilizar os EPIs, sempre que for executar as atividades de limpeza.Sempre estar atento à execução das atividades.	
TREINAMENTOS EXIGIDOS	
<ul style="list-style-type: none">Treinamento introdutório;Treinamento de EPIs.	

PROCEDIMENTOS A SEREM TOMADOS EM CASO DE ACIDENTE	
ACIDENTE GRAVE	
PROVIDÊNCIAS PRIMÁRIAS	PROVIDÊNCIAS SECUNDÁRIAS

- Comunicar imediatamente ao encarregado;
- Encaminhar ao hospital, verificar tel. e endereço;
- Comunicar ao setor de pessoal/SESMET para emissão da Cat.
- Avisar a família do acidentado;
- Comunicar ao Presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – Cipa, quando houver.

- Comunicar a Polícia civil em caso de acidente fatal tel.: 190;
- Comunicar ao Ministério do Trabalho;
- Avisar a Direção da Empresa;
- Realizar análise de Acidentes pela CIPA, quando houver;
- Enviar a Cat – Comunicação Acidente do Trabalho para o INSS – até o 1º dia útil após o acidente.

ACIDENTE LEVE

- Comunicar imediatamente ao encarregado;
- Comunicar o encarregado, SESMT e a Cipa quando houver;
- Encaminhar ao hospital, se necessário;
- Comunicar ao setor de pessoal para emissão de Cat;
- Realizar análise do acidente pela Cipa e SESMET quando houver;

PROIBIÇÕES

- Deixar de usar EPI;
- Apresentar-se ao trabalho com sintomas de embriaguês, ou ingerir bebida alcoólica durante a jornada de trabalho;
- Fumar em locais proibidos;
- Descumprir as Normas de Segurança e Medicina da Empresa;

PUNIÇÕES

Constitui ato faltoso a recusa injustificada do empregado no cumprimento do disposto nesta Ordem de Serviço, gerando justa causa, o qual o processo ocorrerá conforme:

- 01 Advertência por escrito;
- 01 Suspensão do trabalho por 03 dias úteis, consecutivos e seqüentes;
- Dispensa por justa causa, caso as advertências e suspensões cabíveis tenham sido aplicadas e não tenham surtido o efeito esperado.;
- Descontos em salário ou indenizações em caso de danos propositais ou extravios dos EPIs, nos Termos do Artigo 462, parágrafo 1º da CLT.

MINISTÉRIO DO TRABALHO

Fica a empresa ciente da obrigação de cumprimento de todos os termos constantes nas notificações emitidas. A empresa possui 10 (dez) dias para recorrer e solicitar prorrogação do prazo; O Presidente e Vice-Presidente da Cipa, quando houver, acompanharão os auditores do Mte – Ministério do Trabalho e Emprego em caso de fiscalização na empresa.

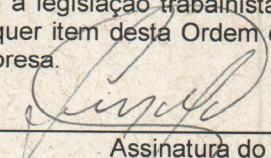
MEDICINA DO TRABALHO

Deverá o empregado submeter-se aos exames médicos previstos nas normas regulamentadoras; Fica o Médico do Trabalho da empresa encarregado de comunicar por escrito ao empregado o resultado dos exames médicos e complementares de diagnósticos aos quais os próprios trabalhadores forem submetidos.

TERMO DE RECEBIMENTO E COMPROMISSO

Recebi da Empresa Ecol Serviços Terceirizados LTDA a Ordem de Serviço de mesmo teor desta que agora assino, referente às minhas funções, que foi elaborada atendendo a legislação trabalhista em vigor, a qual cumprirei. Tomo ciência também, que o não cumprimento de qualquer item desta Ordem de Serviço implica em punição de acordo com a legislação trabalhista e normas da empresa.

Londrina, 24 de NOVEMBRO de 2016.


Assinatura do funcionário

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.

CBO: 517410

Nome: LUIZ FERNANDO DA SILVA / Função:PORTEIRO

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

- Atendimento a clientes;
- Controle de entrada e saída de pessoas e veículos;
- Identificação dos visitantes e funcionários;
- Executar outras atribuições semelhantes, conforme necessidade;

RISCO DA OPERAÇÃO

- Iluminação insuficiente / excessiva; - Postura incorreta; - Ditação (L.E.R)

EPI's RECOMENDADOS

- Uniforme Completo

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Fazer pausas regulares de 10 minutos durante o expediente. De preferência de hora em hora;
- Uso de corrimão em escadas as escadas possuem fita anti-derrapante para evitar quedas;
- As cadeiras são confortáveis e possuem encosto e regulagem;
- Participar dos exames periódicos quando convocado;
- Posicionar-se corretamente ao executar a atividade, mantendo a coluna sempre ereta;
- São realizadas limpezas periódicas das luminárias e substituir lâmpadas queimadas;
- Uso permanente de lixeira com tampa de pedal e sabão líquido e papel toalha.

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 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 no 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).

TREINAMENTO(S) NECESSÁRIO(S)

- Palestra sobre Ergonomia NR-17
- Noções básicas de prevenção e combate a incêndios
- Noções Básicas de Primeiros Socorros;

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;

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



ECOL Serviços Terceirizados
R. AUGAS 792 CENTRO - SALA 10 EDIFÍCIO WALL STREET CENTER
86010-520 LONDRIA-PR F. 43 3321-3745 / 43 3321-3740
atendimento@grupecol.com.br www.grupecol.com.br

ECOL Serviços Terceirizados
R. DIETES 192 VILA MATARAZZO 86026-300 LONDRIA-PR
F. 43 3321-3745 / 43 3321-3740 / 43 3321-3780
atendimento@grupecol.com.br www.grupecol.com.br

DIRETRIZES

1. ESTOU CIENTE DO CONTRATO DE EXPERIÊNCIA, BEM COMO DO SALÁRIO E ASSIDUIDADE;
2. ESTOU CIENTE EM CASO DE FALTAS SEM AVISAR A EMPRESA, SUSPENSÃO DE ATÉ TRÊS DIAS E PASSIVO DE JUSTA CAUSA;
3. ESTOU CIENTE QUE DEVO USAR UNIFORME;
4. ESTOU CIENTE QUE DEVO USAR OS EPI'S, A TÍTULO DE EMPRÉSTIMO PARA MEU USO EXCLUSIVO E OBRIGATÓRIO NAS DEPENDÊNCIAS DA EMPRESA, CONFORME DETERMINADO A NR-6;
5. ESTOU CIENTE QUE O SALÁRIO É PAGO NO 5º (QUINTO) DIA ÚTIL DE CADA MÊS;
6. ESTOU CIENTE QUE A EMPRESA NÃO FAZ ADIANTAMENTO;
7. ESTOU CIENTE QUE DEVO MANTER O ASSEIO DURANTE MEU HORÁRIO DE TRABALHO;
8. ESTOU CIENTE QUE A EMPRESA EXIGE RESPEITO DE FORMA RIGOROSA NOS HORÁRIOS DE TRABALHO;
9. 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 CELULAR NO HORÁRIO DE TRABALHO, TELEFONEMAS PARTICULARES SE NECESSÁRIO DEVEM SER COMUNICADOS PARA O ENCARREGADO E/OU SUPERVISOR.

CIENTE:

FUNCIÓNÁRIO(A):

ASSINATURA:

Luiz Fernando da Silva

ECOL Serviços Terceirizados

TERMO DE COMPENSAÇÃO DE JORNADAS DE TRABALHO

Pelo presente contrato de trabalho por tempo indeterminado, DGX TERCEIRIZAÇÃO LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 20.596.423/0001-23, com sede em Londrina - Paraná, na Rua RUA TREMEMBES, 91, RESID. VILA CASONI, em Londrina - Paraná, simplesmente denominada EMPREGADOR e de outro:

LUIZ FERNANDO DA SILVA

inscrito no CPF/MF sob o nº **567.060.909-30**,
portador(a) da Carteira de Trabalho nº **40484** Série nº **000-5**,
residente e domiciliado na Rua/Av. **RUA PEDRO BATISTA MEDEIROS, 449**
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 44 horas, onde as horas excedentes à 8ª diária trabalhadas em um dia, poderão ser compensadas pela concessão de folgas dentro da mesma semana.
- 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 abute 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, 01 DE novembro DE 2016



DGX TERCEIRIZAÇÃO LTDA



LUIZ FERNANDO DA SILVA

Empregador: DGX TERCEIRIZAÇÃO LTDA - ME
 CNPJ: 20.596.423/0001-23
 Endereço: RUA TREMEMBES, Nº 91 LONDRINA-PR
 VILA CASONI
 Esp. do estabelecimento: 9121400
 Cargo: PORTEIRO CBO Nº 5174-10
 Data de admissão: 01/11/2016
 Remuneração específica: R\$ 1.475,00
 (UM MIL, QUATROCENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)
 POR MÊS
 Assinatura do empregador ou a rogo com testemunha

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída.....de..... de 19.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD Nº

Empregador.....
 CGC/MF.....
 Rua Nº.....
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo.....
 C.B.O. nº.....
 Data admissão de de 19.....
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída.....de..... de 19.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD Nº

ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato do trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

Contrato experimental até 30/09/2014
FOZ DO IGUAÇU, 01/09/2014

EBRASTERC EMPRESA DE SERV. TERCEIRIZADOS LTDA EPP

ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato do trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

Admitido em 01/11/2016, mediante contrato de experiência de 30 es, a vencer em 30/11/2016 conforme Art. 433 parágrafo 2º "C" da CLT. Após esta data não havendo, manifestação em contrário, fica prorrogado até 29/01/2017, obedecendo o disposto no parágrafo único do Art. 445 da CLT.

Assinatura do empregador ou a rogo com testemunha
CN 20.596.423/0001-23

Resultado

Os campos precedidos com asterisco(*) são de preenchimento obrigatório.

Resultado da Consulta

Nome informado	Data Nascimento informada	CPF informado	NIS (NIT/PIS/PASEP) informado	Mensagem	Orientação
LUIZ FERNANDO DA SILVA	04/05/1965	567.060.909-30	1.206.012.694-2	Os dados estão corretos.	

[Nova Consulta](#)[Sair](#)