



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: Edna de Paula O. Batista

CLIENTE: _____ DATA: ____/____/____

<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 checked="" type="checkbox"/> LUVA NITRILICA TAM M.	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 type="checkbox"/> CAMISA SOCIAL TAM:	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.	<input type="checkbox"/>	C.A.
<input type="checkbox"/> COLETE REFLETICO TAM	C.A.	<input type="checkbox"/>	C.A.
<input type="checkbox"/> DOLMA TAM	C.A.	<input type="checkbox"/>	C.A.

FUNCIONARIO: x Edna de P. O. Batista



SEGMEB - Segurança e Medicina do Trabalho S/S Ltda.

Rua Rio Grande do Sul, 139 - Tel: (43) 3323-7772 - Londrina - PR - E-mail: segmed.smt@gmail.com

PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL - PCMSO
NR-7 - PORTARIA MTE 3214/78
ASO - ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

NOME: <u>Edna de Paula Oliveira</u>		IDENTIDADE: <u>4677.053-6</u>	IDADE:
EMPRESA: <u>Local</u>			
FUNÇÃO: <u>aux. de limpeza</u>		SETOR:	
<input type="checkbox"/> PRÉ-ADMISSÃO	<input type="checkbox"/> DEMISSÃO	<input type="checkbox"/> RETORNO / TRABALHO	
<input type="checkbox"/> PERIÓDICO	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE FUNÇÃO	<input type="checkbox"/>	
EXAMES REALIZADOS			
<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO <u>27/07/16</u>		<input type="checkbox"/> COMPLEMENTARES	
CONCLUSÃO		VALIDADE DO EXAME:	
<input checked="" type="checkbox"/> APTO	<input type="checkbox"/> APTO P/ TRABALHO EM ALTURA	<input type="checkbox"/> 6 meses	<input checked="" type="checkbox"/> 1 ano
<input type="checkbox"/> ESPAÇO CONFINADO		<input type="checkbox"/> 2 anos	<input type="checkbox"/> INAPTO
RISCOS:	<input type="checkbox"/> ERGONÔMICO _____	<input type="checkbox"/> FÍSICO _____	
	<input type="checkbox"/> ACIDENTE _____	<input type="checkbox"/> QUÍMICO _____	
		<input type="checkbox"/> BIOLÓGICO _____	

EXAMES COMPLEMENTARES

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AUDIOMETRIA | <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA |
| <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> GLICEMIA |
| <input type="checkbox"/> EEG | <input type="checkbox"/> GAMA GT |
| <input type="checkbox"/> ESPIROMETRIA | <input type="checkbox"/> ÁCIDO HIPÚRICO |
| <input type="checkbox"/> TESTE DE VISÃO | <input type="checkbox"/> PARASITOLÓGICO |
| <input type="checkbox"/> RX TÓRAX | <input type="checkbox"/> ROTINA URINA |
| <input type="checkbox"/> RX COLUNA TOTAL | <input type="checkbox"/> COPROCULTURA |
| <input type="checkbox"/> RX COL. LOMBO SACRA | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

MÉDICO COORDENADOR: **Dr. Lucas C. C. Marqueze - CRM 24666-PR**

MÉDICO EXAMINADOR

NOME

27/07/16

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO

Edna de Paula O. Batista
Médica
CRM 29040

RECEBI A SEGUNDA VIA

DATA

27/07/16

ASSINATURA DO EMPREGADO

Edna de Paula O. Batista



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.
11. É ESTREITAMENTE PROIBIDO REPORTAR DÚVIDAS AO CLIENTE, BEM COMO, DEIXAR ATESTADOS OU APRESENTAR RECLAMAÇÕES PERTINENTES À ECOL. PARA ESTES FINS, FALAR COM O ENCARREGADO E/OU SUPERVISOR

CIENTE:

FUNCIÓNÁRIO (A): _____

ASSINATURA: Edna de P. O. Batista

ECOL Serviços Terceirizados

ECOL SERVIÇOS TERCEIRIZADOS

Comprovante de Devolução da Carteira de Trabalho e Previdência Social

Nome do Empregado: Edna de Paula Oliveira Batista

Carteira Profissional n.º: 9277208 Série: 0030 UF: PR

Declaro para devidos fins, que recebi minha Carteira de Trabalho e Previdência Social.

Data: ___/___/___

PROTOCOLO: _____

Edna de Paula Oliveira Batista
ASSINATURA

ATESTADO DE SAUDE OCUPACIONAL**IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR**

EMPRESA: DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI

CNPJ: 20.596.423/0001-23

TRABALHADOR: EDNA DE PAULA OLIVEIRA BATISTA

CPF/RG: 896.823.439-68

SETOR: LIMPEZA

FUNÇÃO: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS

Cambé, 21 de OUTUBRO de 2020

TIPO DE EXAME: PERIODICO

FATORES DE RISCO/PERIGOS Não Identificado. Não Identificado para monitoramento de exposição ocupacional

Exposição aos fatores de risco agente/tipo:

 Físico: Químico: Alcalis CAUSTICOS/substancias e compostos quimicos Biológico: virus/ bacterias / fungos Acidentes: Ergonômico: postura inadequada**EXAMES DE AUXILIO DIAGNOSTICO**

Tipo de Exame	Data	Tipo de Exame	Data
- Consulta Ocupacional	21.10.2020		
hemograma	21.10.2020		

CONCLUSÃO Apto Inapto Observação:**VALIDADE DO EXAME** 6 meses 1 ano 2 anos

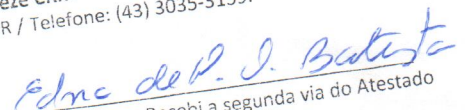
Médico do Trabalho: Dr. Lucas C.C. Marqueze CRM -PR 24.666

R. Nossa Senhora do Rocio 300, Cambé - PR / Telefone: (43) 3035-3139.

Dra. Ana Carolina Ferreira da Silva

Médica

Médico do Trabalho


Trabalhador - Recebi a segunda via do Atestado

ATESTADO DE SAUDE OCUPACIONAL

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	
EMPRESA: DGX TERCEIRIZACAO DE SERVICOS EIRELI	
CNPJ: 20.596.423/0001-23	
TRABALHADOR: EDNA DE PAULA OLIVEIRA BATISTA	
CPF/RG:896.823.439-68	
SETOR: LIMPEZA	
FUNÇÃO: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	
TIPO DE EXAME: PERIODICO	Cambé, 21 de OUTUBRO de 2020
FATORES DE RISCO/PERIGOS	
<input type="checkbox"/> Não Identificado. <input type="checkbox"/> Não Identificado para monitoramento de exposição ocupacional	
Exposição aos fatores de risco agente/tipo:	
<input type="checkbox"/> Físico:	
<input type="checkbox"/> Químico: Álcalis CAUSTICOS/substancias e compostos quimicos	
<input type="checkbox"/> Biológico: virus/ bacterias / fungos	
<input type="checkbox"/> Acidentes:	
<input type="checkbox"/> Ergonômico: postura inadequada	

EXAMES DE AUXILIO DIAGNOSTICO

Tipo de Exame	Data	Tipo de Exame	Data
- Consulta Ocupacional	21.10.2020		
hemograma	21.10.2020		

CONCLUSÃO

<input checked="" type="checkbox"/> Apto	<input type="checkbox"/> Inapto
<input type="checkbox"/> Observação:	
<input type="checkbox"/>	

VALIDADE DO EXAME

<input type="checkbox"/> 6 meses	<input checked="" type="checkbox"/> 1 ano	<input type="checkbox"/> 2 anos
----------------------------------	---	---------------------------------

Médico do Trabalho: Dr. Lucas C.C. Marqueze CRM –PR 24.666
R. Nossa Senhora do Rocio 300, Cambé – PR / Telefone: (43) 3035-3139.

Dra. Ana Carolina Ferreira da Silva
Médica
CRM-PR-38.227
Médico Examinador

Edna de P. D. Batista
Trabalhador – Recebi a segunda via do Atestado