

Autenticar

**REGISTRO DE EMPREGADO**

Nº 001402

Empregador

ECOL SERVICOS TERCEIRIZADOS LTDA - ME

CNPJ

10.325.183/0001-79

Endereço

RUA CAETES, 192, VILA MATARAZZO, LONDRINA, PR,

Empregado

MARINILDA ANGELA DA CRUZ

Beneficiários

Residência

Rua DIVA SIQUEIRA SANTOS, 246, GUATUPE, SAO JOSE DOS PINHAIS, PR, - CEP: 83060-400

Data de nascimento  
01/07/1977Local do nascimento  
CURITIBA - PRPaís da nacionalidade  
BRASILEstado civil  
União Estável

FILIAÇÃO

Pai  
JOAO VALDIR DA CRUZMãe  
ELIZABETE DE FREITAS DA CRUZCédula de Identidade  
624698877Data de emissão  
02/08/2016Órgão/UF emissor  
SSP/PRTítulo Eleitoral  
064728550620Zona  
109Seção  
0101

Inscr. Órgão de Classe

CTPS  
9385640Série  
0010Data de expedição da CTPS  
30/11/2006UF CTPS  
PRCPF  
035.608.599-64

Cart. Nac. Habilitação

Categoria

Doc. militar

Categoria

Cor  
Não InformadaSexo  
Feminino

Grau de instrução

Ensino Fundamental até 5º Incompleto

Deficiência

Não

Telefone Residencial

Telefone Celular

Cargo

AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS

Função

C.B.O.  
514320

Data de Admissão

19/02/2019

Salário

R\$

660,00

Por

Mês

Horário de Trabalho

das 07:30 as 17:18

Horário de Intervalo

das 12:00 as 13:00

FGTS

Opção em

19/02/2019

Conta vinculada no banco

Data da Retificação

## PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL - PIS

Cadastrado em

Sob nº

130.60472.50-4

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

MARINILDA ANGELA DA CRUZ

OBSERVAÇÕES

REGISTRO DE EMPREGADO  
ECOL SERVICOS TERCEIRIZADOS LTDA - ME  
MARINILDA ANGELA DA CRUZ

Nº: 001402  
CNPJ: 10.325.183/0001-79

INFORMAÇÕES DO CONTRATO DE PRAZO DETERMINADO

|                           |                          |                           |                               |                          |                                |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Data início<br>19/02/2019 | Data final<br>20/03/2019 | Dias de prorrogação<br>60 | Fim prorrogação<br>19/05/2019 | Quantidade de dias<br>30 | Contrato de Experiência<br>Sim |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------|

DISCRIMINAÇÃO DO HORÁRIO DE TRABALHO

| Data: 19/02/2019 Nome: 2-6 0730 1200 1300 1718 |            |         |              |              |       |
|--|------------|---------|--------------|--------------|-------|
| Dia  | Tipo       | Entrada | S. Intervalo | E. Intervalo | Saída |
| Dom  | Folga      | 00:00   |              |              | 00:00 |
| Seg  | Trabalhado | 07:30   | 12:00        | 13:00        | 17:18 |
| Ter  | Trabalhado | 07:30   | 12:00        | 13:00        | 17:18 |
| Qua  | Trabalhado | 07:30   | 12:00        | 13:00        | 17:18 |
| Qui  | Trabalhado | 07:30   | 12:00        | 13:00        | 17:18 |
| Sex  | Trabalhado | 07:30   | 12:00        | 13:00        | 17:18 |
| Sab  | Compensado | 00:00   |              |              | 00:00 |



## CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABALHO POR TEMPO INDETERMINADO

O presente contrato de trabalho por tempo indeterminado, ECOL SERVIÇOS TERCEIRIZADOS LTDA ME, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF nº 10.325.183/0001-79, com sede em LONDRINA - PR, na RUA CAETES, 192 - VILA MATARAZZO, simplesmente denominada EMPREGADOR e de MARINILDA ANGELA DA CRUZ, inscrita no CPF/MF sob o nº 035.608.599-64, portador(a) da Carteira de Trabalho nº Série nº, residente e domiciliado na DIVA QUEIRA SANTOS, 246 - SÃO JOSÉ DOS PINHAIS -, simplesmente denominado EMPREGADO, têm justo e acertadas as seguintes condições que integram o contrato de trabalho para todos os fins:

### DO CONTRATO DE TRABALHO

O presente contrato de trabalho é regido pelas normas prescritas pela Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto-Lei nº 5.452/43). É vedado às partes alegar o desconhecimento da lei, bem como das disposições constantes deste contrato individual de trabalho. 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, será ao EMPREGADO apenas a indenização prevista na legislação vigente. 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. O EMPREGADO deverá exercer a função de AUX SERVIÇOS GERAIS - CBO: 5143-20, por livre determinação da empresa. O EMPREGADO poderá ser transferido para outra função diferente da que foi contratado inicialmente. 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. 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). A jornada de trabalho do EMPREGADO é de 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. O EMPREGADO deverá cumprir o horário de trabalho que lhe foi designado, anotando nos cartões-ponto a jornada integralmente laborada. O registro de horário nos cartões-ponto é ato personalíssimo do EMPREGADO, sendo expressamente vedado que outra pessoa os anote. Não serão permitidos atrasos, sendo que os minutos que estiverem em desacordo com o previsto pelo art. 58, § 1º, da CLT, serão descontados. 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. Em caso de defeito nos equipamentos de proteção individual, é obrigação do EMPREGADO comunicar imediatamente a empresa e suspender a execução dos serviços até que estes sejam substituídos. 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 5º dia após o afastamento. Em caso de acidente de trabalho é obrigação inescusável do EMPREGADO a de comunicar seus superiores imediatamente caso esteja grávida, inclusive até o período de 9 (nove) meses pós-parto. É obrigação inescusável do EMPREGADO a de comunicar seus superiores imediatamente caso esteja grávida, inclusive até o período de 9 (nove) meses pós-parto. A inobservância de quaisquer previsões contidas neste contrato individual de trabalho será punível com advertências, suspensões ou até mesmo a demissão por justa causa.

### DO REGULAMENTO INTERNO DA EMPRESA

A empresa declara possuir regulamento interno, que aplicar-se-á a todos os funcionários. 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.

### DO REGIME DE COMPENSAÇÃO DE JORNADAS DE TRABALHO

Será facultado ao EMPREGADOR proceder à compensação de jornada de trabalho, concedendo folgas ao EMPREGADO, em contraprestação ao labor extraordinário. O EMPREGADOR poderá instituir 'Banco de Horas', nos termos do art. 59, da CLT, desde que não haja vedação pela Convenção Coletiva de Trabalho.

### DA RESPONSABILIDADE DO EMPREGADO NO EXERCÍCIO DA ATIVIDADE LABORATIVA

O EMPREGADOR é legítimo possuidor ou proprietário de bens que serão utilizados pelo EMPREGADO durante a atividade laborativa, cujo uso será exclusivo para os profissionais e deverão ser utilizados conforme instruções passadas pelo EMPREGADOR ou seus prepostos. Os bens entregues ao EMPREGADO não poderão ser cedidos a terceiros, nem utilizados para fins diversos dos solicitados verbalmente ou por escrito pelo EMPREGADOR, assumindo o EMPREGADO, qualquer dos prejuízos causados por inobservância das presentes determinações. Se verificada a inobservância de quaisquer das cláusulas previstas neste termo, bem como a prática de atos negligente, imprudentes ou com imperícia por parte do EMPREGADO, caberá a este ressarcir ao EMPREGADOR todos os danos causados. É obrigação do EMPREGADO, ao constar qualquer defeito nos bens utilizados que lhes são cedidos, comunicar imediatamente o EMPREGADOR, afim que as medidas cabíveis sejam tomadas. Quaisquer multas ou infrações de trânsito cometidas pela utilização dos bens cedidos, serão reembolsadas integralmente pelo EMPREGADO, cabendo a este, em caso de acumulação de pontuação em sua Carteira Nacional de Habilitação - CNH, identificar-se no auto de infração, assumindo perante os departamentos governamentais a responsabilidade por seus atos. Em se constatando prejuízos ao EMPREGADOR pela infração à qualquer disposição prevista neste termo, caberá ao EMPREGADO arcar com as despesas, incluindo ao EMPREGADOR, no momento do pagamento de seus salários ou quando da rescisão contratual, o que ocorrer primeiro. 1. Os descontos nos pagamentos do obreiro não poderão ultrapassar a 30% (trinta por cento) do valor de sua remuneração, sendo vedado ao EMPREGADOR pagar ao EMPREGADO, a título de remuneração bruta (sem os descontos de alimentação, impostos, vales-transporte) menos do que 1 (um) salário mínimo vigente. 2. O valor a ser descontado poderá ser feito em mais de uma parcela, caso seja diretamente acordado com o EMPREGADO ou quando não for possível a rescisão do disposto no item 6.1. 3. No caso da rescisão contratual, o desconto poderá ser feito em parcela única, cabendo ao EMPREGADOR pleitear eventuais saldos remanescentes na Justiça do Trabalho ou na Justiça Comum, de acordo com sua conveniência. 4. O EMPREGADOR poderá, a seu critério, assumir os prejuízos causados pelo EMPREGADO pela prática de atos que desrespeitem este termo, sem que tal ato constitua renúncia ou revogação do presente. A inobservância por parte do EMPREGADO de qualquer das disposições previstas neste termo será punível pelo EMPREGADOR com as medidas previstas na CLT, incluindo, se for o caso, acarretar a despedida com justa causa. O EMPREGADO declara ter tomado ciência do presente termo de responsabilidade, comprometendo-se a cumpri-lo integralmente, sob as penas previstas neste termo, na legislação trabalhista e na legislação civil.

### DA VIGÊNCIA CONTRATUAL

O presente contrato individual de trabalho terá sua vigência iniciada a partir de admissão do EMPREGADO até a demissão. 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, 19 DE Fevereiro DE 2019

ECOL SERVIÇOS TERCEIRIZADOS LTDA  
CNPJ: 10.325.183/0001-79

ECOL SERVIÇOS TERCEIRIZADOS LTDA ME  
10.325.183/0001-79

MARINILDA ANGELA DA CRUZ  
035.608.599-64



## CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Experiência, a empresa ECOL SERVICOS TERCEIRIZADOS LTDA - ME com sede na RUA CAETES, inscrita no CNPJ sob Nº 10.325.183/0001-79, denominada a seguir EMPREGADORA, e o Sr.(a) MARINILDA ANGELA DA CRUZ, domiciliado na Rua DIVA SIQUEIRA SANTOS, 246, , cidade de SAO JOSE DOS PINHAIS-PR, portador do CTPS Nº: 9385640 série 0010, 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 AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS 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 CAETES, 192, VILA MATARAZZO, LONDRINA-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: 07:30, Saída para Intervalo: 12:00, Entrada Intervalo: 13:00 e Final do Expediente: 17:18.
- 4º. O EMPREGADO receberá a remuneração de: R\$ 660,00 (seiscentos e sessenta reais) por Mês.
- 5º. O prazo deste contrato é de 30 (trinta) dias, com início em: 19/02/2019 e término em: 20/03/2019.
- 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  
ECOL SERVICOS TERCEIRIZADOS LTDA  
CNPJ:10.325.183/0001-79

  
MARINILDA ANGELA DA CRUZ

Responsável Legal (quando menor)



**PRORROGAÇÃO DE CONTRATO DE EXPERIÊNCIA**

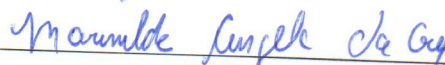
O Contrato de Experiência firmado, que deveria terminar em 20/03/2019, fica prorrogado até 19/05/2019.

\_\_\_\_\_, 20 de fev de 2019



ECOL SERVIÇOS TERCEIRIZADOS LTDA  
CNPJ:10.325.183/0001-79

EMPREGADORA



MARINILDA ANGELA DA CRUZ

\_\_\_\_\_  
1º TESTEMUNHA

\_\_\_\_\_  
2º TESTEMUNHA





PROCEDIMENTOS A SEREM TOMADOS EM CASO DE ACIDENTE

ACIDENTE GRAVE

PROVIDÊNCIAS PRIMÁRIAS

- 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;

PROVIDÊNCIAS SECUNDÁRIAS

- 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 de 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 SESMT quando houver;

PROIBIÇÕES

- Deixar de usar EPI;
- Apresentar ao trabalho com sintomas de embriaguez, 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 sequentes;
  - 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 ME 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.

CT69, 19/02/2019

Local e Data

Marinilda Angela da Cruz

Assinatura do Funcionário  
MARINILDA ANGELA DA CRUZ



## ECOL SERVIÇOS TERCEIRIZADOS

Comprovante de Devolução da Carteira de Trabalho e Previdência Social

Nome do Funcionário: **MARINILDA ANGELA DA CRUZ**

Carteira Profissional n.º:

Série:

PROTOCOLO: \_\_\_\_\_

Crba, 19/02/2019

Local e Data

Marinilda Angela da Cruz

Assinatura do Funcionário



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: ECOL SERVICOS TERCEIRIZADOS LTDA - ME  
Endereço: RUA CAETES , 192  
Bairro: VILA MATARAZZO Cidade: LONDRINA  
Estado: PR CEP: 86026-300

Empregado: MARINILDA ANGELA DA CRUZ Código: 1402  
Número CTPS: 9385640 Série: 0010

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, 19 de Fevereiro de 2019

  
Empregador  
ECOL SERVICOS TERCEIRIZADOS LTDA  
CNPJ:10.325.183/0001-79

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

Empregadora: ECOL SERVICOS TERCEIRIZADOS LTDA - ME  
Endereço: RUA CAETES , 192  
Bairro: VILA MATARAZZO Cidade: LONDRINA  
Estado: PR CEP: 86026300

Empregado: MARINILDA ANGELA DA CRUZ Código: 1402  
Número CTPS: 9385640 Série: 0010

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

LONDRINA, 19 de Fevereiro de 2019

  
Empregado

## 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 do Trabalho, dando ciência aos empregados.

| ORDEM DE SERVIÇO - OS  |
|--|
| EMPRESA: ECOL SERVIÇOS TERCEIRIZADOS LTDA ME   |
| DADOS DO FUNCIONÁRIO E ASSINATURA  |
| Nome: MARINILDA ANGELA DA CRUZ   |
| Identidade: 624698877  |
| Cargo: AUX SERVICOS GERAIS - CBO: 5143-20  |
| Assinatura: <i>Marinilda Angela da Cruz</i>  |
| Data: <i>19/02/2019</i>  |
| OBRIGAÇÕES DO EMPREGADO  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Cumprir todas as normas expedidas pelo Empregador, inclusive esta ordem de serviço;</li><li>- Comunicar todas as condições inseguras presentes no ambiente ao supervisor imediato;</li><li>- Usar obrigatoriamente os Equipamentos de Proteção Individual indicados para a função;</li><li>- Manter a ordem, disciplina, higiene e segurança no trabalho;</li><li>- Executar as tarefas que lhe forem delegadas após treinamento específico para execução da mesma;</li><li>- Acompanhar as atividades realizadas em seu ambiente de trabalho e orientar os empregados que estiverem em situação de risco;</li><li>- Colaborar com a empresa na aplicação das Normas Regulamentadoras - NRs;</li></ul> |
| ATIVIDADES REALIZADAS  |
| Executa atividades de:<br><ul style="list-style-type: none"><li>- Realiza limpeza em geral, do piso, mobiliários, instalações sanitárias e recolher lixo das salas;</li></ul>  |
| RISCOS DAS ATIVIDADES  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Risco Químico: Saponáceos comuns;</li><li>- Risco de biológico: Vírus, bactérias e fungos.</li></ul>   |
| EPI's UTILIZADOS   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Luva de Látex;</li><li>- Bota de PVC;</li><li>- Calçado de Segurança;</li></ul>  |
| MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Utilizar os EPI's, sempre que for executar as atividades de limpeza.</li><li>- Sempre estar atento à execução das atividades.</li></ul>  |
| TREINAMENTOS EXIGIDOS  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Treinamento introdutório.</li><li>- Treinamento de EPIs.</li></ul>   |



**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

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

EMPRESA: ECOL SERVICOS TERCEIRIZADOS LTDA - ME  
CNPJ: 10.325.183/0001-79

NOME DO SEGURADO: MARINILDA ANGELA DA CRUZ  
CTPS/SÉRIE: 9385640 / 0010

Em obediência à legislação, venho pelo presente informar-lhes que não possuo dependentes para fins de Salário Família

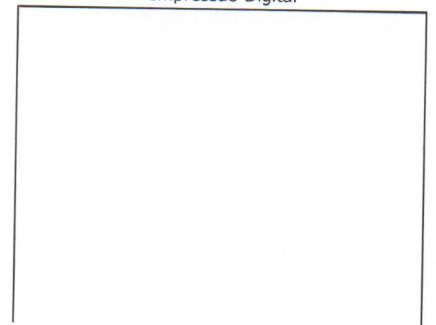
Estou ciente, ainda, de que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar à devolução das importâncias recebidas indevidamente, sujeitar-me-á às penalidades previstas no art. 171 do Código Penal a à rescisão do contrato de trabalho, por justa causa, nos termos do art. 482 da Constituição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

LONDRINA, 19 de Fevereiro de 2019.

---

MARINILDA ANGELA DA CRUZ

Impressão Digital



**DECLARAÇÃO DE ENCARGOS DE FAMÍLIA PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA**

Empresa: ECOL SERVICOS TERCEIRIZADOS LTDA - ME  
C.N.P.J: 10325183000179  
RUA CAETES , 192, VILA MATARAZZO

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.

LONDRINA, 19 de Fevereiro de 2019.

\_\_\_\_\_  
MARINILDA ANGELA DA CRUZ

Declarante: MARINILDA ANGELA DA CRUZ  
Endereço: Rua DIVA SIQUEIRA SANTOS, 246  
CEP: 83060-400 Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS - PR  
Estado Civil: União Estável Carteira: 9385640 série 0010  
CPF: 035.608.599-64

\_\_\_\_\_  
Cônjuge: JOSIMAR APARECIDO DE OLIVEIRA

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



## FICHA DE FUNCIONÁRIO - MATRÍCULA RPA01/10



|   |                 |   |                                |                             |                      |
|---|-----------------|---|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| <b>Nome Completo</b>  |                 | <b>Data de Nascimento / Local</b>         |                                |                             |                      |
| MARINILDA ANGELA DA CRUZ  |                 | 01/07/1977 / CURITIBA-PR                  |                                |                             |                      |
| <b>CPF</b>  | <b>RG</b>       | <b>Órgão Exped./Data de Exped.</b>        |                                |                             |                      |
| 035.608.599-64  | 624698877       | SSP SP / 02/08/2016                       |                                |                             |                      |
| <b>Sexo:</b> Feminino   |                 |   |                                |                             |                      |
| <b>Nome da Mãe:</b> ELIZABETE DE FREITAS DA CRUZ  |                 |   |                                |                             |                      |
| <b>Nome do Pai:</b> JOÃO VALDIR DA CRUZ   |                 |   |                                |                             |                      |
| <b>Título Eleitor:</b> 064728550620 / <b>Zona:</b> 109 / <b>Seção:</b> 0101   |                 |   |                                |                             |                      |
| <b>Carteira de Motorista</b>  |                 |   | <b>Tipo / Data de Validade</b> |                             |                      |
|   |                 |   | / 00/00/0000                   |                             |                      |
| <b>CTPS / Data de Emissão</b>   |                 | <b>Série (CTPS) / Estado</b>              |                                | <b>PIS/PASEP</b>            |                      |
| / 00/00/0000  |                 |   |                                |                             |                      |
| <b>Logradouro (Rua / Avenida)</b>   |                 |   | <b>Complemento</b>             |                             |                      |
| DIVA SIQUEIRA SANTOS, 246   |                 |   | CASA 02                        |                             |                      |
| <b>Bairro</b>   |                 |   | <b>CEP</b>                     |                             |                      |
| GUATUPÊ   |                 |   | 83060-400                      |                             |                      |
| <b>Cidade</b>   |                 |   |                                |                             | <b>UF</b>            |
| SÃO JOSÉ DOS PINHAIS  |                 |   |                                |                             |                      |
| <b>E-mail:</b>  |                 |   |                                |                             |                      |
| <b>Nº Sapato</b>  | <b>Nº Calça</b> | <b>Tamanho Camisa</b>                     | <b>Banco</b>                   | <b>Agência</b>              | <b>Op / Nº Conta</b> |
|   |                 |   | CAIXA                          | 0340                        | 013 / 00052163-0     |
| <b>Telefone Residencial</b>   |                 | <b>Telefone Celular</b>                   |                                | <b>Telefone para Recado</b> |                      |
| (41) 3383-3796  |                 | 41 996163601                              |                                |                             |                      |
| <b>Estado Civil</b>   |                 |   | <b>Grau de Instrução</b>       |                             |                      |
| AMASIADO  |                 |   | FUNDAMENTAL INCOMPLETO         |                             |                      |
| <b>Nome do Cônjuge:</b> JOSIMAR APARECIDO DE OLIVEIRA   |                 |   |                                |                             |                      |
| <b>Quantidade de Dependentes:</b> 0   |                 |   |                                |                             |                      |
| <b>Nome do Dependente / Data de Nascimento</b>  |                 |   |                                |                             |                      |
|   |                 |   |                                |                             |                      |
| <b>Função/CBO</b>   |                 | <b>Posto de Trabalho</b>                  |                                | <b>Salário Mensal</b>       |                      |
| AUX SERVICOS GERAIS - CBO:<br>5143-20   |                 | LIVRARIAS CURITIBA - SHOPPING<br>CURITIBA |                                | R\$ 1.170,00                |                      |
| <b>Data de Admissão</b>   |                 | <b>Vale Refeição (VR)</b>                 | <b>Vale Transp Urb</b>         | <b>Vale Transp Met</b>      | <b>1º Emprego</b>    |
| 01/10/2018  |                 | R\$ 385,00                                | SIM                            | SIM                         |                      |
| <b>Horário de Trabalho</b>  |                 |   |                                |                             | <b>Carga Hor</b>     |
| <b>Entrada:</b> Horas / <b>Saída:</b> Horas / <b>Intervalo:</b> Horas   <b>Entrada:</b> Horas / <b>Saída:</b> Horas |                 |   |                                |                             | Horas                |
| GAIASOFT  |                 |   |                                |                             | IMPRESSÃO: CILMARA   |

Assinatura do Funcionário

Local e Data

MARINILDA ANGELA DA CRUZ - RG: 624698877



FICHA DE FUNCIONÁRIO - MATRÍCULA **RPA13/11**

|  |                 |   |                                |                             |                      |  |
|--|-----------------|---|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|--|
| <b>Nome Completo</b>   |                 | <b>Data de Nascimento / Local</b>             |                                |                             |                      |  |
| MARINILDA ANGELA DA CRUZ   |                 | 01/07/1977 / CURITIBA-PR                      |                                |                             |                      |  |
| <b>CPF</b>   | <b>RG</b>       | <b>Órgão Exped./Data de Exped.</b>            |                                |                             |                      |  |
| 035.608.599-64   | 624698877       | SSP SP / 02/08/2016                           |                                |                             |                      |  |
| <b>Sexo:</b> Feminino  |                 |   |                                |                             |                      |  |
| <b>Nome da Mãe:</b> ELIZABETE DE FREITAS DA CRUZ   |                 |   |                                |                             |                      |  |
| <b>Nome do Pai:</b> JOÃO VALDIR DA CRUZ  |                 |   |                                |                             |                      |  |
| <b>Título Eleitor:</b> 064728550620 / <b>Zona:</b> 109 / <b>Seção:</b> 0101                            |                 |   |                                |                             |                      |  |
| <b>Carteira de Motorista</b>   |                 |   | <b>Tipo / Data de Validade</b> |                             |                      |  |
|  |                 |   | / 00/00/0000                   |                             |                      |  |
| <b>CTPS / Data de Emissão</b>  |                 | <b>Série (CTPS) / Estado</b>                  |                                | <b>PIS/PASEP</b>            |                      |  |
| / 00/00/0000   |                 |   |                                |                             |                      |  |
| <b>Logradouro (Rua / Avenida)</b>  |                 |   | <b>Complemento</b>             |                             |                      |  |
| DIVA SIQUEIRA SANTOS, 246  |                 |   | CASA 02                        |                             |                      |  |
| <b>Bairro</b>  |                 |   | <b>CEP</b>                     |                             |                      |  |
| GUATUPÉ  |                 |   | 83060-400                      |                             |                      |  |
| <b>Cidade</b>  |                 |   |                                | <b>UF</b>                   |                      |  |
| SÃO JOSÉ DOS PINHAIS   |                 |   |                                |                             |                      |  |
| <b>E-mail:</b>   |                 |   |                                |                             |                      |  |
| <b>Nº Sapato</b>   | <b>Nº Calça</b> | <b>Tamanho Camisa</b>                         | <b>Banco</b>                   | <b>Agência</b>              | <b>Op / Nº Conta</b> |  |
|  |                 |   | CAIXA                          | 0340                        | 013 / 00052163-0     |  |
| <b>Telefone Residencial</b>  |                 | <b>Telefone Celular</b>                       |                                | <b>Telefone para Recado</b> |                      |  |
| (41) 3383-3796   |                 | 41 996163601                                  |                                |                             |                      |  |
| <b>Estado Civil</b>  |                 |   | <b>Grau de Instrução</b>       |                             |                      |  |
| AMASIADO   |                 |   | FUNDAMENTAL INCOMPLETO         |                             |                      |  |
| <b>Nome do Cônjuge:</b> JOSIMAR APARECIDO DE OLIVEIRA  |                 |   |                                |                             |                      |  |
| <b>Quantidade de Dependentes:</b> 0  |                 |   |                                |                             |                      |  |
| <b>Nome do Dependente / Data de Nascimento</b>   |                 |   |                                |                             |                      |  |
|  |                 |   |                                |                             |                      |  |
| <b>Função/CBO</b>  |                 | <b>Posto de Trabalho</b>                      |                                | <b>Salário Mensal</b>       |                      |  |
| AUX SERVICOS GERAIS - CBO:<br>5143-20  |                 | LIVRARIAS CURITIBA - SHOPPING<br>DAS AMERICAS |                                | R\$ 744,54                  |                      |  |
| <b>Data de Admissão</b>  |                 | <b>Vale Refeição (VR)</b>                     | <b>Vale Transp Urb</b>         | <b>Vale Transp Met</b>      | <b>1º Emprego</b>    |  |
| 13/11/2018   |                 | R\$ <del>308,00</del> 408,00                  | SIM                            | SIM                         |                      |  |
| <b>Horário de Trabalho</b>   |                 |   |                                |                             | <b>Carga Hor</b>     |  |
| SEG A SAB Entrada: 08:00 Horas / Saída: 12:00 Horas / Intervalo: Horas   Entrada: Horas / Saída: Horas |                 |   |                                |                             | Horas                |  |
| GAIASOFT   |                 | Contrato de 35 dias                           |                                |                             | IMPRESSÃO: CILMARA   |  |

Assinatura do Funcionário

Local e Data

MARINILDA ANGELA DA CRUZ - RG: 624698877



RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA

|                                 |                    |
|---------------------------------|--------------------|
| Nome ou Razão Social da Empresa | Nº Recibo          |
| DGX TERCEIRIZACAO EIRELI        | 04                 |
|                                 | CNPJ da Empresa    |
|                                 | 20.596.423/0001-23 |

Recebi da Empresa acima identificada, pela prestação dos serviços de SERVICOS GERAIS a importância de R\$ 1.321,48 (um mil trezentos e vinte e um reais e quarenta e oito centavos), conforme discriminativo abaixo:

|                                      |                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Número de Inscrição</b>           |                                  |
| No INSS: _____                       | No CPF: 035.608.599-64           |
| <b>Identidade</b>                    |                                  |
| Número: 624698877                    | UF: PR                           |
| Órgão Emissor: SSP                   |                                  |
| <b>Endereço</b>                      |                                  |
| DIVA SIQUEIRA SANTOS, 240<br>GUATUPE |                                  |
| <b>Dados Bancários</b>               |                                  |
| Banco: 340 - CAIXA 0340              | Número da Conta: 01300052163 - 0 |
| Tipo de Conta: Conta poupança        |                                  |
| Agência: 0340                        |                                  |
| <b>Localidade</b>                    | <b>Data</b>                      |
| SAO JOSE DOS PINHAIS/PR              | 01/11/2018                       |

**ESPECIFICAÇÃO:**

|                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| 1. Valor Serviço Prestado | 1.484,80        |
| 2. Outros Proventos       | 0,00            |
| <b>Total</b>              | <b>1.484,80</b> |
| <b>DESCONTOS:</b>         |                 |
| 3. Outros Descontos       | 0,00            |
| 4. ISS                    | 0,00            |
| 5. IRRF                   | 0,00            |
| 6. Dedução INSS           | 163,32          |
| 7. INSS Frete             | 0,00            |
| 8. Pensão Alimentícia     | 0,00            |
| <b>Total</b>              | <b>163,32</b>   |
| <b>VALOR LÍQUIDO</b>      | <b>1.321,48</b> |

|                          |
|--------------------------|
| <b>Nome completo</b>     |
| MARINILDA ANGELA DA CRUZ |

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>Assinatura</b>               |
| <i>Marinilda Angela da Cruz</i> |

Esta remuneração será incluída na GFIP e os valores retidos a título de contribuição previdenciária serão recolhidos em conformidade com a legislação vigente.

*400,00*  
*Recebido*

**DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO**  
Código departamento: 40

USUÁRIO: MARINILDA ANGELA CRUZ  
MATRÍCULA: 1402E  
N DO CARTÃO: 6370 XXXX XXXX 7954

PRODUTO: VR Alimentação  
LOTE: 000000587225

ENDEREÇO: RUA CAETES 192 CASA PR 86026-300  
VILA MATARAZZO LONDRINA

"Ao assinar o campo abaixo, declaro que recebi, nesta data, o documento de legitimação de alimentação na forma de cartão benefício, com a bandeira VR Benefícios, juntamente com o guia do usuário e senha, para terceiros. Tenho conhecimento e declaro que o benefício disponibilizado no cartão tem por finalidade única, a aquisição de gêneros alimentícios in natura na rede de estabelecimentos afiliados do Trabalhador - PAT."

ASSINATURA: *Marinilda A. da Cruz* DATA: *19/03/2019*

6370 XXXX XXXX 7954

RECEBIMENTO INDIVIDUAL

6



# RECIBO

Recebi de: DGX TERCEIRIZAÇÃO EIRELI - ME - 20.596.423/0001-23

a importância de R\$ 60,00 Referente a: Diária prestada na  
Premier Pet dia 18/12/2018

Nome: MARINILDA ANGELA DA CRUZ

CPF: 035.608.599-64

\_\_\_\_\_  
Local e Data

Marinilda Angela da Cruz  
Assinatura do Funcionário



**RECIBO DE PAGAMENTO A AUTÔNOMO - RPA**

|   |                    |
|---|--------------------|
| Nome ou Razão Social da Empresa<br>DGX TERCEIRIZACAO EIRELI | Nº Recibo          |
|   | 18                 |
|   | CNPJ da Empresa    |
|   | 20.596.423/0001-23 |

Recebi da Empresa acima identificada, pela prestação dos serviços de AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS a importância de R\$ 986,60 (novecentos e oitenta e seis reais e sessenta centavos), conforme discriminativo abaixo:

|                                      |                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Número de Inscrição</b>           |                                  |
| No INSS:                             | No CPF: 035.608.599-64           |
| <b>Identidade</b>                    |                                  |
| Número: 624698877                    | Órgão Emissor: SSP UF: PR        |
| <b>Endereço</b>                      |                                  |
| DIVA SIQUEIRA SANTOS, 240<br>GUATUPE |                                  |
| <b>Dados Bancários</b>               |                                  |
| Banco: 340 - CAIXA 0340              | Número da Conta: 01300052163 - 0 |
| Tipo de Conta: Conta poupança        |                                  |
| Agência: 0340                        |                                  |
| <b>Localidade</b>                    | <b>Data</b>                      |
| SAO JOSE DOS PINHAIS/PR              | 18/12/2018                       |

**ESPECIFICAÇÃO:**

|                          |                 |
|--------------------------|-----------------|
| 1.Valor Serviço Prestado | 1.108,53        |
| 2.Outros Proventos       | 0,00            |
| <b>Total</b>             | <b>1.108,53</b> |

**DESCONTOS:**

|                      |               |
|----------------------|---------------|
| 3.Outros Descontos   | 0,00          |
| 4.ISS                | 0,00          |
| 5.IRRF               | 0,00          |
| 6.Dedução INSS       | 121,93        |
| 7.INSS Frete         | 0,00          |
| 8.Pensão Alimentícia | 0,00          |
| <b>Total</b>         | <b>121,93</b> |
| <b>VALOR LÍQUIDO</b> | <b>986,60</b> |

|                          |
|--------------------------|
| <b>Nome completo</b>     |
| MARINILDA ANGELA DA CRUZ |

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>Assinatura</b>               |
| <i>Marinilda Angela da Cruz</i> |

Esta remuneração será incluída na GFIP e os valores retidos a título de contribuição previdenciária serão recolhidos em conformidade com a legislação vigente.



**Banco Itaú S.A.** | 341-7 | 34191.09008 70071.494010 23877.850000 1 78360000021766

|  |                     |  |                          |                               |   |
|--|---------------------|--|--------------------------|-------------------------------|---|
| Beneficiário<br>ASSOCIAÇÃO METROCARD   |                     | Agência / Código do Beneficiário<br>4012/38778-5 | Espécie<br>RS            | Quantidade                    | Carteira / Nosso número<br>109/00700714-9 |
| Endereço Beneficiário<br>Benjamin Constant 142, Centro - Curitiba / PR - CEP: 80060-020  |                     |  |                          |                               |   |
| Número do documento<br>0700714   |                     | CPF/CNPJ<br>10.319.963/0001-06                   | Vencimento<br>22/03/2019 | Valor documento<br>R\$ 217,66 |   |
| (-) Desconto / Abatimentos   | (-) Outras deduções | (+) Mora / Multa                                 | (+) Outros acréscimos    | (=) Valor cobrado             |   |
| Instruções<br>Pagamentos em cheque estão sujeitos aos prazos de compensação.<br>Liberação de créditos embarcados até 72h após a confirmação do pagamento.<br>O PRESENTE BOLETO É VÁLIDO POR 15 DIAS DA DATA DA EMISSÃO.<br>SR(A). CAIXA, NÃO RECEBER VALOR INFERIOR AO VALOR DO TÍTULO.<br>TARIFA BANCÁRIA NO VALOR DE 1,66 INCLUSA NO VALOR TOTAL.<br>Boleto referente ao pedido: 273183-36 |                     |  |                          |                               |   |
| Pagador<br>DGX TERCEIRIZAÇÃO LTDA ME CPF/CNPJ: 20.596.423/0001-23<br>R: CAETES, 192<br>VILA MATARAZZO - LONDRINA/PR - CEP: 86026-300   |                     |  |                          |                               |   |

Autenticação mecânica - Recibo do Pagador

Marinilda Angela da Cruz

Corte na linha pontilhada



**Banco Itaú S.A.** | 341-7 | 34191.09008 70071.494010 23877.850000 1 78360000021766

|  |                         |                    |             |                                  |   |
|--|-------------------------|--------------------|-------------|----------------------------------|---|
| Local de pagamento<br>Até o vencimento, preferencialmente no Itaú. Após o vencimento, somente no ITAÚ  |                         |                    |             |                                  | Vencimento<br>22/03/2019                      |
| Beneficiário<br>ASSOCIAÇÃO METROCARD - CPF/CNPJ: 10.319.963/0001-06<br>Benjamin Constant 142, Centro - Curitiba / PR - CEP: 80060-020  |                         |                    |             |                                  | Agência / Código Beneficiário<br>4012/38778-5 |
| Data do documento<br>07/03/2019  | Nº documento<br>0700714 | Espécie doc.<br>DS | Aceite<br>N | Data processamento<br>07/03/2019 | Carteira / Nosso número<br>109/00700714-9     |
| Uso do banco   | Carteira<br>109         | Espécie<br>RS      | Quantidade  | (x) Valor                        | (=) Valor documento<br>R\$ 217,66             |
| Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário)<br>Pagamentos em cheque estão sujeitos aos prazos de compensação.<br>Liberação de créditos embarcados até 72h após a confirmação do pagamento.<br>O PRESENTE BOLETO É VÁLIDO POR 15 DIAS DA DATA DA EMISSÃO.<br>SR(A). CAIXA, NÃO RECEBER VALOR INFERIOR AO VALOR DO TÍTULO.<br>TARIFA BANCÁRIA NO VALOR DE 1,66 INCLUSA NO VALOR TOTAL.<br>Boleto referente ao pedido: 273183-36 |                         |                    |             |                                  | (-) Desconto / Abatimentos                    |
|  |                         |                    |             |                                  | (-) Outras deduções                           |
|  |                         |                    |             |                                  | (+) Mora / Multa                              |
|  |                         |                    |             |                                  | (+) Outros acréscimos                         |
|  |                         |                    |             |                                  | (=) Valor cobrado                             |
| Pagador<br>DGX TERCEIRIZAÇÃO LTDA ME CPF/CNPJ: 20.596.423/0001-23<br>R: CAETES, 192<br>VILA MATARAZZO - LONDRINA/PR - CEP: 86026-300<br>Sacador / Avalista   |                         |                    |             |                                  | Cód baixa                                     |

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação



Corte na linha pontilhada



# DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO

Ap assinar o campo abaixo, declaro que recebi, nesta data, o documento de legitimação de alimentação na forma de cartão benefício, com a bandeira VR Benefícios, juntamente com o guia do usuário e senha. Reconheço que sou responsável pela guarda do cartão e senha, sendo de uso pessoal e intransferível para terceiros. Tenho conhecimento e declaro que o benefício disponibilizado no cartão tem por finalidade única, a aquisição de gêneros alimentícios in natura na rede de estabelecimentos afiliados para aceitação do produto VR Alimentação, de acordo com as leis e regras do Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT.

CÓDIGO DA EMPRESA: 10.325.183/0001-79

EMPRESA: ECOL SERVICOS TERCEIRIZADOS LT

ENDEREÇO DE ENTREGA: RUA CAETES 192 CASA

VILA MATARAZZO LONDRINA PR 86026-300

RESPONSÁVEL CLIENTE: LUCAS

DEPARTAMENTO: LIVRARIAS CURITIBA

RESPONSÁVEL DEPARTAMENTO: LUCAS

DATA: 05/03/2019

PÁGINA: 001

PRODUTO: VR Alimentação

LOTE: 000000587225



| SEQUENCIAL | NOME DO USUÁRIO | MATRÍCULA | Nº DO DOC | ASSINATURA | DATA |
|------------|-----------------|-----------|-----------|------------|------|
|------------|-----------------|-----------|-----------|------------|------|

|      |                       |       |                     |                          |            |
|------|-----------------------|-------|---------------------|--------------------------|------------|
| 0043 | MARINILDA ANGELA CRUZ | 1402E | 6370 0000 0000 7954 | <i>Marinilda da Cruz</i> | 19/03/2019 |
|------|-----------------------|-------|---------------------|--------------------------|------------|

*Elmario*

*Emilio Lorenzini*

TOTAL DE ENVELOPES POR LOTE: 1

0006009 F 00079 AL001347.101 PEQUENO Ar Lote: 000000587225

Código Departamento: 40





## ECOL Serviços Terceirizados

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

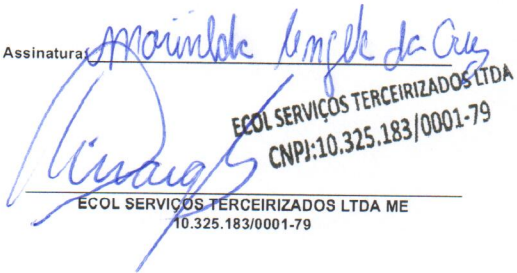
### DIRETRIZES

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: MARINILDA ANGELA DA CRUZ

Assinatura:

  
ECOL SERVIÇOS TERCEIRIZADOS LTDA  
CNPJ: 10.325.183/0001-79  
ECOL SERVIÇOS TERCEIRIZADOS LTDA ME  
10.325.183/0001-79

## AUTORIZAÇÃO DE DESCONTOS

A

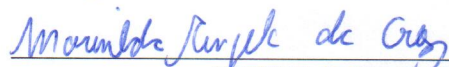
ECOL SERVICOS TERCEIRIZADOS LTDA - ME  
RUA CAETES , VILA MATARAZZO, LONDRINA - PR  
CNPJ: 10.325.183/0001-79

Eu, MARINILDA ANGELA DA CRUZ, portador da CTPS Nº: 9385640, série 0010, empregado de ECOL SERVICOS TERCEIRIZADOS LTDA - ME , admitido em 19 de Fevereiro de 2019, autorizo a descontar mensalmente do meu salário os itens abaixo:

1o. - 48 VALE TRANSPORTE

2o. - 9383 DESC VALE ALIMENTACAO

LONDRINA, 19 de Fevereiro de 2019.



---

MARINILDA ANGELA DA CRUZ  
CPF: 035.608.599-64



Recebi da Ecol Serviços Terceirizados Ltda – CNPJ 10.325.183/0001-79

Cartão transporte numero 2245314261 da empresa Vem (São Jose dos Pinhais), com ciência de devolução no rompimento de contrato.

Marinilda Angela da Cruz - CPF : 035.608.599-64

Curitiba, 03/06/19 Marinilda A. da Cruz