

É obrigatório o preenchimento dos dados solicitados e das cópias relacionadas abaixo:

Empresa: OGX FILIAL
 Nome do Colaborador: Aleon Duen Romo
 Cliente: Hopping Boulevard
 Departamento: Seg. Operacional
 Centro de Custo: Uraguapós
 Data de Admissão: 01/12 Função: Assistente de Urmas Oper
 Data do ASO admissional: _____ Salário: 1300,00
 Outros valores adicionais: Insalubridade: 20%
 Contrato de Experiência: 45+45 dias () 30+60 () 30+30 () outros: _____
 Grau de Escolaridade: Ensino médio 8 completo
 Horário de trabalho: seg. á sexta das 06:00 até 14:20 - intervalo das 11:00 até 12:00
 Sábado das _____ até _____. Carga horaria mensal: 220h Escola OGX 7 dias TERÇA
 Vale-Transporte: () SIM NÃO – Quantidade por dia _____
 Ajuda de Custo: SIM () NÃO – Valor: 120,00

	37	SINTRACOM - SIND DOS TRAB NAS IND DA CONSTRUCAO E MOBIL DE LONDRINA
<input checked="" type="checkbox"/>	36	SIEMACO – SIND. DOS EMPREGADOS EM EMPRESAS DE ASSEIO E CONS. DE LONDRINA
	38	SINDASSEIO - SIND EMPREGADOS DAS EMPRESAS E SERV TERC DE ASSEIO E CONSERVACAO NO RS
	39	SIND ASSEIO JOACABA - SINDICATO ASSEIO E CONSERVACAO JOACABA SC

ANEXAR A ESTA FICHA CÓPIA DOS SEGUINTES DOCUMENTOS:

1. CARTEIRA DE TRABALHO; OK
2. EXAME MÉDICO ADMISSIONAL (Solicitar guia para secretária Ecol);
3. CÓPIA DE CPF, RG e TÍTULO DE ELEITOR; OK
4. CÓPIA DO COMPROVENTE DE RESIDÊNCIA (Água, luz ou telefone); OK
5. CÓPIA DE CERTIDÃO DE CASAMENTO (caso seja casado);
6. CÓPIA DE CERTIDÃO DE NASCIMENTO (caso seja solteiro) OK
7. CARTEIRA DE VACINAÇÃO; OK
8. CÓPIA DE CERTIDÃO DE NASCIMENTO E CPF (filhos menores de 14 anos);
9. CARTEIRA DE VACINAÇÃO DE FILHOS (menores de 14 anos ou incapazes);
10. DECLARAÇÃO DE MATRÍCULA DA ESCOLA (Filhos de 7 e 14 anos ou incapazes);
11. 2 (TRES) FOTOS 3X4 (Recente);
12. ABRIR CONTA CORRENTE NO ITAÚ OU TIRAR CÓPIA DO CARTÃO; OK
13. PROVIDENCIAR CARTÃO TRANSPORTE

FICHA DE ENTREVISTA

Candidato: Alon - 22 anos - verdade / verdade

Cargo:

Data da Entrevista:

Entrevistador:

Departamento:

Escolaridade: Ano médio completo - hora com

Situação Familiar / estado civil: Solteiro

Filhos: -

Habilitação: -

Situação Física: (Realiza algum tratamento ou está tomando algum medicação)

OK

QUESTÕES DA AVALIAÇÃO

Por que tem interesse nessa vaga?

-

Já trabalhou na área?

Comente suas experiências profissional?

Sevante - Auxiliante - (Cano/Impressa) referência

90,00 todo
dia
10x/15x

AUX - Control Imp - 8 meses (40/80)

Quais suas principais limitações profissionais?

• Crepúsculo | Porto de melhora
Queto / hemisfério

Como você se imagina daqui 10 anos (Objetivos a curto e a longo prazo)?

Estabilizado (verdade no meio) como, como, etc

O que mais lhe irrita no ambiente de trabalho?

Ignorância, falta com respeito, injustiça

Em seu último emprego quais foram suas realizações mais importantes?

06:00 - 14:20 -

Folha - 10x

100,00 diária

Alon

TRABALHO

Este é o seu Cartão de Trabalho - CTPS, emitido pelo Ministério do Trabalho e Emprego. Ele contém informações importantes sobre sua situação profissional e previdenciária. É obrigatório apresentá-lo em qualquer situação de trabalho.

Seu documento contém informações sobre os dados do Contrato de Trabalho, seus direitos, benefícios e obrigações. É importante mantê-lo sempre atualizado e guardá-lo com cuidado. Em caso de perda, deve ser comunicado imediatamente ao órgão emissor para a emissão de um novo documento.

O Cartão de Trabalho é um documento que reflete o seu estado de conservação, experiência e qualificação e as atividades profissionais de seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia de seus direitos e saúde de seus direitos como trabalhador cidadão, contribui para assegurar a sua segurança e de seus dependentes, tendo validade também como documento de identidade.

Ministério do Trabalho e Emprego
Secretaria de Trabalho e Previdência Social

VISITE O PORTAL MTE - WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

161.66592.55-9

1550946

0050

PR

Alan Dias Ramos



ALAN DIAS RAMOS

FILIAÇÃO.....: JOÃO LINO RAMOS

MARCIA DIAS RAMOS

NASCIMENTO....: 28/08/1999

SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO

NATALIDADE: LONDRINA - PR

DOCUMENTO.....: C.N. 85364 LV A - 108 FLS 462 - 11/04/2013 - CRC 2 OFICIO - LONDRINA - PR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 109.130.059-32

CNH.....:

TIT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE LONDRINA/PR - 21/12/2015

Assinado digitalmente por Alan Dias Ramos
Linha de Fingerprint

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **13.889.786-9** DATA DE EXPEDIÇÃO: 01/02/2019

NOME: **ALAN DIAS RAMOS**

FILIAÇÃO: JOÃO LINO RAMOS
MARCIA DIAS RAMOS

NATURALIDADE: LONDRINA/PR DATA DE NASCIMENTO: 28/06/1999

DOC. ORIGEM: COMARCA=LONDRINA/PR, 2 OFICIO
C.NASC=86364, LIVRO=106A, FOLHA=462

CPF: 109.130.059-32

CURITIBA/PR

MARCUS VINICIUS DA COSTA MICHELOTTO
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

E PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: **13.889.786-9**

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
ALAN DIAS RAMOS

DATA DE NASCIMENTO 28/06/1999	Nº INSCRIÇÃO 1128 2810 0680	D.V. 041	SEÇÃO 0183
MUNICÍPIO / UF LONDRINA/PR		DATA DE EMISSÃO 08/02/2019	

ASSINATURA DO ELEITOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Alan Dias Ramos

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL



Rua José Izidoro Brazatto, 168
81200-240 Curitiba - PR
CNPJ 04.366.898/0001-06
IE 90.233.073-99 IM 423.892-4



0800 51 00 110

Unidade Consumidora

MARCIA DIAS DA CRUZ
R PESSEGO 142 - MED CENTRA CP95 C350 MD04 GD17 LT05
CEP: 86035640 LONDRINA - PR
CPF: 01807171973

63787377

Vencimento

02/10/2021

Valor a Pagar

R\$ 205,51

Responsável pelo pagamento (pessoa física) - Município de Londrina - 00004664543

Revisão de vencimento

Informações Técnicas

No. Medidor: 020362012 - MUNICÍPIO				Mes Referência: 09/2021		
Leitura Anterior:	Leitura Atual:	Medida:	Constante de Multiplicação:	Total	Consumo	Data de Emissão
11/09/2021	10/09/2021	30 dias	1,00	183 kWh	6,10 kWh	16/09/2021
3072	3258	193 kWh				
Próxima leitura prevista: 11/10/2021				RENDEIREZ INTEGRAL		

Informações Suplementares

AM [1,5 129 10]

ENERGIA ELET CONSUMO	Tarifas: 0 558010	Tensão Contratada: 127 volts
		Limite faixa adequada de Tensão: 117 - 133 / 117 - 133 volts

Histórico de Consumo e Pagamento - Média 3 meses: 195 kWh

MES:	08/21	07/21	06/21	05/21	04/21	03/21	02/21	01/21	12/20	11/20	10/20	09/20
CONS:	192	189	205	170	216	226	218	218	222	207	190	131
PAGO:	09/09	23/08	07/07	26/05	06/05	12/04	11/03	17/02	20/01	07/12	16/11	06/10

Valores Faturados

NOTA FISCAL CONTA DE ENERGIA ELETRICA No. 219771254 Serie B
Emitida em 16/09/2021

Produto Descricao	Un	Consumo	Valor Unitario	Valor Total	Base de Calculo	Aliq ICMS
01 ENERGIA ELETRICA CONSUMO	kWh	183	0,600339	109,06	109,06	29,00%
02 ENERGIA CONS B VERMELHA P2 kWh				30,29	30,29	29,00%
03 ACRESCIMO MORTATORIO				1,54		
04 JUROS CONTA ANTERIOR				1,53		
05 MULTA POR ATRASO NO PAGAMENTO				7,11		
06 CONTRILUMIN PUBLICA MUNICIPI				11,69		
Base de Calculo do ICMS	183,34	Valor ICMS	53,19	Valor Total da Nota Fiscal	205,51	

Reservado ao Fisco

3E20.3668.E150.8C02.AACD.2F42.9JDB.0EFC

L 20554/21, alíquota ICMS composta por 27% ICMS e 2% Fundo de Combate à Pobreza INCLUSO NA FATURA PIS R\$ 1,37 e COFINS R\$6,32 CONFORME RES ANEEL 130/2005 A PARTIR DE 01/09 - ADICIONAL BANDEIRA ESCASSEZ HIDRICA CONFORME RES-MME 3/2021 A PARTIR DE 02/09/2021 - PIS/PASEP 1,11% e COFINS 5,09%.
Atraso superior a 45 dias sujeita inclusão no cadastro de inadimplentes CADIN/PR ALERTA ECONOMIZE ENERGIA BRASIL EM BANDEIRA DE ESCASSEZ HIDRICA. Agora é possível recorrer a Ouvidoria da Copel pelo Site ou Mobile. A qualquer tempo pode ser solicitado o cancelamento de valores não relacionados a prestação do serviço de energia elétrica, como convênios e doações. Períodos Band Tarif Vermelha P2 12/05-10/09

Vencimento: 02/10/2021

Valor a pagar: R\$ 205,51

Controle: 01-20211952935601-6 Número de identificação: 63787377 Mes: 09/2021 AM [1,5 129 10]

83690000002 4 05510111000 9 00101020211 5 95293560106 4





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nome

ALAN DIAS RAMOS

Matrícula

08064 01 55 1999 1 00106 462 0086364 97

Data do nascimento por extenso Vinte e oito de junho de um mil e novecentos e noventa e nove **		Dia 28	Mês 06	Ano 1999
Hora 09h 09min	Município do nascimento e unidade de federação Londrina-PR **			
Município de registro e unidade de federação Londrina-PR **	Local de nascimento Hospital Universitário **		Sexo Masculino	
Filiação JOÃO LINO RAMOS ** MARCIA DIAS RAMOS **				
Avós CARMO LINO RAMOS e MARIA ROSA DE JESUS** NELSON DA CRUZ e MARIA JOSÉ DA SILVA DIAS **				
Gêmeo Não	Nome do(s) gêmeo(s) ----- **			
Data do registro por extenso Doze de julho de um mil e novecentos e noventa e nove **			Número da D.N.V 24579913	
Observações / Averbações Nada Consta **				

Nome do Ofício 7º Tabelionato de Notas e 2º Ofício de Registro Civil
Oficial Registrador Bel. Luiz Marcelo Rezende Julião
Município e Comarca / UF Município e Comarca de Londrina - Estado do Paraná
Endereço Av. Paraná, 297 - Sobreloja - Centro CEP: 86.010-390 - Fone: (43) 3344-0101/3374-0101

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Londrina -PR, 11 de abril de 2013 .

Maria Gabriela Nogueira Dutra
Escrivente



Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____
Validade: ____/____/____	Validade: ____/____/____	Validade: ____/____/____	Validade: ____/____/____
Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____



PREFEITURA DE
LONDRINA

Secretaria
Municipal de
Saúde

CARTEIRA DE VACINAÇÃO DO ADULTO

NOME: Alan Dias Ramos

DN: 29/6/99 ID: _____

CPF: _____

CNS: _____

UNIDADE DE SAÚDE _____

PREFEITURA DE
LONDRINA | Secretaria
Municipal de
Saúde

ESTE CARTÃO É UM DOCUMENTO
Leve-o sempre consigo, na bolsa ou carteira
MANTENHA AS VACINAS SEMPRE EM DIA.

1ª dose	Hepatite B 2ª dose	3ª dose	Tríplice Viral
Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____
Validade: ____/____/____	Validade: ____/____/____	Validade: ____/____/____	Validade: ____/____/____
Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____

Febre Amarela	Anti Pneumocócica	Influenza (contra Gripe)	Influenza (contra Gripe)
Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____
Validade: ____/____/____	Validade: ____/____/____	Validade: ____/____/____	Validade: ____/____/____
Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____

1ª dose	Dupla Bacteriana (dT) 2ª dose	3ª dose	Reforço
Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____
Validade: ____/____/____	Validade: ____/____/____	Validade: ____/____/____	Validade: ____/____/____
Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____

1ª dose	COVID-19 2ª dose		
Data: <u>18/09/21</u>	Data: <u>09/10/21</u>	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
Lote: <u>018VC02632</u>	Lote: <u>1771</u>	Lote: _____	Lote: _____
Validade: <u>02/22</u>	Validade: ____/____/____	Validade: ____/____/____	Validade: ____/____/____
Lab.: <u>FIO CRUZ</u>	Lab.: _____	Lab.: _____	Lab.: _____
Assinatura: <u>[assinatura]</u>	Assinatura: _____	Assinatura: _____	Assinatura: _____

ASTRAZENECA

DECLARAÇÃO

Unidade Básica de
Saúde Marabá

Declaro para os devidos fins que (nome do aluno ou responsável)

Alen Elias Ramos

apresentou seu cartão de vacinação para avaliação. Encontra-se com a situação vacinal:

Em dia;

Não Vacinado;

Recusa a Vacinação.

Atualizado nesta data as vacinas

DT ref

Realizado apazamento para as vacinas:

DT ref

para data: 10/11/2021

Thiana Aquino Brito

Carimbo e assinatura do profissional 13677.8

Londrina, 10/11/2021



CAIXA

POUPANÇA

5067 2252 2089 5736

5067

VALIDO ATÉ

05/24

ALAN DIAS RAMOS

1284 013 00124524 4

elo

VALIDO SOMENTE NO BRASIL

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO E ACEITE

Eu Alan Dias Romes colaborador portador do RG: _____

Declaro que participei do Treinamento de Integração da Empresa com carga horária de 8 horas de acordo com o conteúdo abaixo:

- ✓ NR 01 - Disposições Gerais
- ✓ NR 05 - CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
- ✓ NR 06 - Uso de EPIs
- ✓ NR 07 - Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional
- ✓ NR 17 - Orientações sobre Ergonomia
- ✓ Boas Práticas e Postura Profissional
- ✓ Recebimento e Leitura do Código de Ética e Conduta do Grupo Ecol

Cidade (Bombina), 13 de 12 de 2021

Por ser verdadeiro e estar ciente que devo seguir as normas e diretrizes dispostas neste documento (Código de Ética e Conduta) firmo o mesmo, sendo sabedor que em situação de não conformidade e ou procedimento que contrariar este código de ética e conduta será advertido e penalizado.

Registro de próprio punho: Situação referente a este documento com o código de ética

Alan Dias Romes Assinatura do colaborador Alan Dias Romes Nome do colaborador

Alan Dias Romes Assinatura do Institutor

Assinatura do responsável Pelo Depto de Segurança do Trabalho

Assinatura do Secretário(a) do Comitê de Compliance

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro, para todos os fins, que recebi um exemplar, li e compreendi o Código de Ética e Conduta do Grupo Ecol, tomei conhecimento das suas disposições e me comprometo a cumpri-las e respeitá-las integralmente.

Declaro, ainda, que fui comunicado da obrigatoriedade de sua observância em todas as situações e circunstâncias que estejam direta ou indiretamente vinculadas às minhas atividades na Ecol, zelando por sua aplicação.

Declaro, por fim, que, na hipótese de ocorrerem situações em que não haja no presente Código previsão expressa em relação à conduta exigida ou esperada, consultarei imediatamente o departamento de Recursos Humanos.

NOME

Alan Dias Romes

CPF

109.130.059.38

LOCAL/DATA

Bombina 13/12/2021

ASSINATURA

Alan Dias Romes