



\*\*\*\*\*  
\* A T E S T A D O   D E   A N T E C E D E N T E S \*  
\*\*\*\*\*

Nome: MARCIO ANTONIO PEREIRA MARQUETE

Registro Geral: MG - 13325508

Nome do Pai: JOSE ADAO MARQUETE

Nome da Mãe: RUTH MARIA PEREIRA MARQUETE

Data de Nascimento: 08/05/1985

Naturalidade: JECEABA / MG

Nacionalidade: BRASILEIRA

ATESTO que, nos termos do parágrafo único do art. 20 do Código de Processo Penal, em pesquisa realizada nesta data, às 14 h. 53 min., no sistema de informações policiais da Polícia Civil do Estado de Minas Gerais, nenhum registro de antecedente criminal foi encontrado em desfavor da pessoa acima qualificada.

Belo Horizonte, 30/12/2019

Autoridade Policial:

  
ADRIANA DE BARROS MONTEIRO  
DIRETORA DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO/MG

Número de Controle: 19617543

**Atenção! Para verificar a autenticidade do atestado:**

- Acesse o site: <https://wwws.pc.mg.gov.br/atestado>
- Clique no botão [Conferir]
- Preencha o campo [Número do RG] e [Número de Controle] e informe os caracteres no campo solicitado
- Clique no botão [Conferir]



**HERMES  
PARDINI**



C.P.F Nº 066.548.466-64

**CN 303 443 087**



CN303443087

## FORMULÁRIO DE CADEIA DE CUSTÓDIA

TIPO DE EXAME: CLT

FINALIDADE: Admisional

PCL : 465 - SISTEMA - MG

\*\*\*Acompanhe seu exame pelo site: [www.exametoxicologico.com.br/acompanhamento](http://www.exametoxicologico.com.br/acompanhamento) informando o seu CPF, CNH ou SENHA informados neste documento\*\*\*

SENHA

LO38MBUVU

7915 dia

### DADOS DO DOADOR

Eu, **Marcio Antonio Pereira Marquete**, portador do CPF: **066.548.466-64**, CNH: **04681474181**, Nascido(a) em: **08/05/1985**.

Declaro, para os devidos fins de direito, que: autorizo a coleta das amostras de queratina para a realização do exame toxicológico; 2) as referidas amostras foram coletadas da minha pessoa, acondicionadas em envelopes devidamente lacrados diante de mim e identificados com meu número de CPF, CNH e/ou RG, conforme consta neste documento; 3) li e aceito os "Termos e Condições Referentes à Prestação de Serviços de Exame Toxicológico Especializado" constantes na página 2/2 do presente documento e que regulamentarão a realização do Exame; e 4) autorizo a realização do Exame por intermédio da Labfar e o compartilhamento das informações do resultado do exame com o médico avaliador e/ ou órgãos competentes, incluindo e especialmente o RENACH; quando aplicável.

Congonhas, 10 de Dezembro de 2019 as 15:12h

Assinatura do(a) MARCIO ANTONIO PEREIRA MARQUETE

Pregar DOADOR

Testemunha: **Mariana S. Valentim**

CPF: **714.523.016-46**

Declaro que a amostra identificada neste formulário foi coletada, etiquetada e lacrada de forma imparcial e confidencial, conforme legislação vigente.

Assinatura da TESTEMUNHA

Pregar TESTEMUNHA

Coletor (a): **Naiara S. A. Bessa**

CPF: **085.739.536-08**

Declaro que a amostra identificada neste formulário foi coletada, etiquetada e lacrada de forma imparcial e confidencial, conforme legislação vigente.

Assinatura do COLETOR(A)

Pregar COLETOR

### INFORMAÇÕES SOBRE A COLETA

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Amostra coletada A:</b>                         | <b>Amostra coletada B:</b>                         | <b>Cor do cabelo:</b>                        |
| <input type="checkbox"/> Cabelos                   | <input type="checkbox"/> Cabelos                   | <input checked="" type="checkbox"/> Castanho |
| <input type="checkbox"/> Pelos (Axilas)            | <input type="checkbox"/> Pelos (Axilas)            | <input type="checkbox"/> Louro               |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pelos (Pernas) | <input checked="" type="checkbox"/> Pelos (Pernas) | <input type="checkbox"/> Preto               |
| <input type="checkbox"/> Pelos (Braços)            | <input type="checkbox"/> Pelos (Braços)            | <input type="checkbox"/> Louro               |
| <input type="checkbox"/> Pelos (Tórax)             | <input type="checkbox"/> Pelos (Tórax)             | <input type="checkbox"/> Branco              |
| <input type="checkbox"/> Pelos (Pélvis)            | <input type="checkbox"/> Pelos (Pélvis)            |  |

### Drogas a serem analisadas:

Anfepramona, Anfetamina, Benzoilecgonina, Carboxy-THC (THCCOOH), Cocaíleno, Cocaína, Codeína, Crack (AEME), Femproporex, Heroína (6-Acetilmorfina), Mazindol, MDA, MDMA, Metanfetamina, Norocoína, Morfina, THC

### ATENÇÃO

Janela de detecção mínima de 90 dias.

Pelos, coletar preferencialmente de áreas iguais do corpo na mesma coleta.

Tratamento estético/cosmético (alisamento, descoloração, pintura)

Não

Sim, especifique: \_\_\_\_\_

Toma ou já tomou medicamento prescrito ou não-prescrito nos últimos 6 meses?

Não

Sim, especifique: \_\_\_\_\_

Faz uso de substâncias ilícitas?

Não

Sim, especifique o período e frequência de uso: \_\_\_\_\_

Em caso de dúvidas, entre em contato com o Centro de Atendimento da Toxicologia Pardini ao Doador 3003-1166 (sem DDD) ou no e-mail sac@toxicologipardini.com.br

Atendimento de Segunda à Sexta das 8h às 18h - Sábado das 8h às 12h

Rua Professor José Vieira de Mendonça, 770 - Engenho Naguera - Belo Horizonte - MG - CEP: 31310-260 - CNPJ: 13.730.714/0001-01

Exame realizado pelo laboratório Labfar, empresa do Grupo Hermes Pardini

LFA.FOR.TOX.0049/00

Página 1/2



Endereço: Rua Vancouver, 245, Jardim Canadá, Nova Lima, CEP 34.007.722

Contato: (31)3581-8900

Email: recepcao@workmed@yahoo.com

Empresa : NJ TRANSPORTES LTDA

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Marcio Antonio Pereira Marquete Identidade: MG13.325.508

Função: Motorista de Carreta Data de Nascimento: 08/05/1985

Setor: Operacional

Riscos:	Ergonomico:	Exigência de Postura
	Fisicos:	Ruído; Vibração de Corpo Inteiro
	Quimicos:	Poeira Mineral
	Biológico:	-----

TIPO DE EXAME:

(  ) Admisional (  ) Periódico (  ) Retorno ao Trabalho (  ) Mudança de Função (  ) Demissional

1-Exame Clínico	Data: 25/10/2019
2-Audiometria	Data: 25/10/2019
3-Espirometria	Data: 25/10/2019
4-Raio-X Tórax (OIT)	Data: 25/10/2019
5-Acuidade Visual	Data: 25/10/2019
6-Eletrocardiograma	Data: 25/10/2019
7-Eletroencefalograma	Data: 25/10/2019
9-Glicemia Jejun	Data: 25/10/2019
10- Hemograma completo	Data: 25/10/2019

OBS: OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS REALIZADOS ENCONTRA-SE ARQUIVADOS NO PRONTUÁRIO MÉDICO.

CONCLUSÃO:

(  ) APTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERÇER (  ) INAPTO PARA A FUNÇÃO QUE EXERCE OU IRÁ EXERÇER

APTO PARA TRABALHO EM ALTURA ( )SIM ( )NÃO  NÃO APLICA APTO PARA ESPAÇO CONFINADO ( )SIM ( )NÃO  NÃO APLICA

OBSERVAÇÃO:



Médico Examinador Assinatura e Carimbo

28 / 10 / 19  
Nova Lima/MG

MÉDICO COORDENADOR : Dr(a) João Philipe de Abreu Pinto  
CRM: MG 58075 / RQE - 43.413

RECEBI CÓPIA EM:

28/10/19

Assinatura do Empregado/Candidato

EMITIDO EM 03 (TRÊS) VIAS: (1º) LOCAL DE TRABALHO, (2º) FUNCIONÁRIO, (3º) PRONTUÁRIO MÉDICO

## FICHA DE CONTROLE DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI



**NOME:** MARCIO ANTONIO PEREIRA MARQUETE

**DATA ADMISSÃO:**

Reconheço ter sido orientado sobre os riscos à saúde dos eventuais agentes agressivos do meu trabalho e ter sido orientado adequadamente sobre proteções que devem ser tomadas.

Reconheço, também, estar recebendo todos os equipamentos de proteção individual necessários a minha função e ter sido treinado e orientado qua a sua correta e obrigatória utilização.

Declaro sendo:

- Ter recebido treinamento sobre a utilização adequada destes EPIs, seu prazo de validade, bem como dos riscos que estou sujeito pelo seu não uso;
- Indenizar a empresa, autorizando o desconto do custo da reparação do dano que eventualmente vier a provocar nos EPIs em questão, por atos negligência ou mau uso, extravio ou na sua não devolução quando a mim solicitado, já que atesto tê-lo recebido em perfeitas condições (cliente e colocar minha assinatura às disposições do Art. 462 da CLT);
- Estar ciente da disposição legal constante na Norma Regulamentadora NR 01, sub-item 1.8.1 e item 1.9, de que constitui ato faltoso a recusa injustificada de usar os EPIs fornecidos pelo empregador, incorrendo nas penalidades previstas na legislação pertinente;
- Que na não observância do seu uso, por negligência, os danos e/ou lesões resultantes de acidentes serão de minha inteira responsabilidade

  
 ASSINATURA DO EMPREGADO

Data de entrega	C.A.	Quant	Equipamento Fornecido	Assinatura	Data de devolução
10/12/2019	8304	01	CAPACETE DE SEGURANÇA COM JUGULAR		
10/12/2019	-	01	COLETE REFLETIVO		
10/12/2019	28491	01	BOTINA DE SEGURANÇA		
10/12/2019	9722	01	ÓCULOS DE SEGURANÇA		
10/12/2019	5745	01	PROTEOTOR AURICULAR TIPO PLUG		
10/12/2019	16475	02	LUVA MISTÁ VAGUEIRA E RASPAS		

Códigos de devolução:

N - Desgaste Normal

A - Desgaste Anormal

D - Desligamento do Colaborador

E - Extravio

M - Dano por mau uso



## Ficha de Treinamento Introdutório e Específico

**TREINAMENTO INTRODUTORIO**

**PERÍODO: 3 DIAS**

**LOCAL: RIBEIRÃO DO EIXO, ITABIRITO.**

**RESPONSÁVEL (IS) PELAS ORIENTAÇÕES: JORDANA PAULA**

**FUNÇÃO: MOTORISTA DE CARRETA**

**RESUMO DAS ORIENTAÇÕES:**

### Treinamento Introdutório

- Regras de Transporte e circulação nas minas – Equipamentos e pessoas.
- Principais equipamentos e suas funções – Reconhecimento de ambiente de trabalho – Transportes nas Minas. Regras de circulação para equipamentos e pessoas.
- Noções de Primeiros Socorros.
- Equipamentos portáteis de combate a incêndios e plano de emergência para incêndio e acidentes pessoais.
- Riscos e perigos, comunicação de riscos e incidentes, perigos e riscos ocupacionais significativos.
- Conceitos de acidentes de trabalho – Tipos, causas e consequências de acidentes (pessoas e materiais, com e sem lesão).
- Acidentes de trabalho – Investigação e análise.
- EPI e EPC (Direito, deveres, legislação, uso e conservação) – Requisitos legais e compromissos aplicáveis – Equipamentos de Proteção Individual e Coletiva.
- Noções de ergonomia.
- Proteção Auditiva, Ruido.
- Check list, inspeções.
- Proteção ao Meio Ambiente.
- ART – Levantamento e Analise de Risco das Tarefas – Consequências decorrentes dos atos omissos, inseguros ou que não atenda aos requisitos especificados.
- PGR, PCMSO, PPRA – Medicina do Trabalho: Ergonomia, proteção auditiva e primeiros socorros.
- Normas de Segurança, benefícios advindos da obediência à requisitos especificados nos procedimentos – papéis e responsabilidades coletivas e individuais.
- NR22.
- NR01.
- Esquemas de comunicação interna e externa e papéis individuais e coletivos da empresa.
- Direitos e deveres.
- Analises de Risco.
- Exames Médicos.
- Funções e objetivos.
- Preceitos legais de segurança do trabalho.

### TREINAMENTO ESPECÍFICO DA FUNÇÃO

- Direção Defensiva.
- Primeiros Socorros.
- Direção Ergonómica.
- Treinamento Operacional – Equipamento e Campo.
- a) Ciclo de operações da mina; b) Principais equipamentos e suas funções; c) Infraestrutura da mina; d) distribuição de energia; e) suprimentos de materiais; f) transporte na mina; g) regras de circulação de h) procedimentos de emergência; i) primeiros socorros; j) divulgação dos riscos existentes nos ambientes de trabalho constantes no programa de gerenciamento de riscos e dos acidentes e doenças profissionais; l) reconhecimento do ambiente do trabalho. Transporte de Minério.

**NOME COMPLETO E LEGÍVEL:**

**MARCIO ANTONIO PEREIRA MARQUETE**

### **Introdutório / Específico**

10/12/2019

10/12/2019

10/12/2019

### **Observações:**

1. O empregado deverá assinar o formulário todos os dias ao término de suas atividades.
2. Após o preenchimento enviar este formulário para SESMT para arquivo no dossiê do empregado.



## PLANILHA DE TREINAMENTO

<b>Treinamento:</b>	Regras de Conduta para Motoristas e Respectiva Política de Consequências de Motoristas/Transportadora.	
<b>Entidade Ministrante:</b>	Suprema Segurança do Trabalho.	
<b>Carga Horária:</b>	01:00 hora	
<b>Data Realização:</b>		
<b>Conteúdo programático:</b>	Regras de Conduta Gerdau/ Atitudes Proibidas nas Dependencias da empresa / Consequencias pros Motoristas em caso de 1º, 2º e 3º evento / Consequencias para a Transportadora em caso de 1º, 2º e 3º evento / A Gerdau pode adotar prática que julgar necessário após avaliação da infração.	
<b>Recursos utilizados, desenvolvimento de atividade:</b>	Data show, aula dialogada.	
Ordem	Fucionário	Assinatura
1	MARCIO ANTONIO PEREIRA MARQUETE	
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
<b>Nome do Responsável</b>	<b>Data</b>	<b>Assinatura</b>
	10/12/19	

## **AUTORIZAÇÃO PARA TESTE DE TOXICOLÓGICO E ETILOMETRIA**

Eu, Marcio Antônio Pereira Marques, portador do CPF 066.548.466-64,

declarando estar ciente sobre a Norma de Controle do abuso do álcool e uso de drogas adotada pela empresa Gerdau Açominas e concordo com todos os seus termos.

Assim, dou meu consentimento de que durante meu contrato de trabalho e prestação de serviços nas áreas da Gerdau posso ser submetido a qualquer momento para a realização de testes de toxicológico e etilometria.

O objetivo deste teste é verificar a presença de tóxicos e álcool no sangue bem como contribuir para um ambiente de trabalho saudável, seguro e produtivo.

Mina de Gregori Bremer, 10/12/2019

Marcio Antônio Z. Marques

Nome do Colaborador/Terceiro

Octreanagem  
Transportadora Responsável

BDS

Assinatura do Gestor da terceira (quando for o caso)