

obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricitista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Converse e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e refleta sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

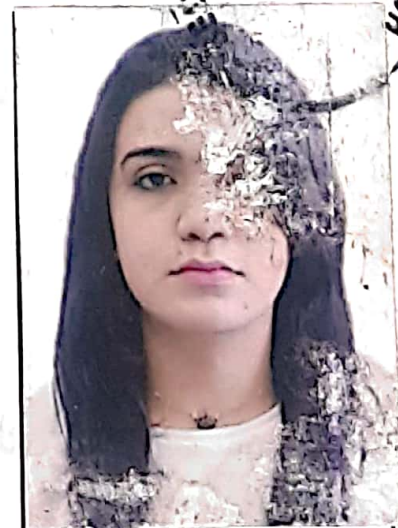
Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 419.968 Série 000721/Pn



Fabio da Fonseca Andrade

ASSINATURA DO PORTADOR

# QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome FABÍOLA GONÇALVES ANDRADE  
Loc. Nasc. BELEM Est. PA Data 23 / 09 / 95  
Filiação JANETE GONÇALVES ANDRADE  
ADILSON LINDOSO ANDRADE  
Doc. Nº CM 212.825. FLS. 58 V. LV. 181 - A  
CART. 3º OF BELEM - PARA - EXP. 25/09/95

## ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. Nº .....

Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....

Obs.: .....

Data Emissão 16 / 10 / 13 SRTE PARA

Jocimar Siqueira da Silva  
Assinatura do Funcionário  
Convênio CTPS-MTE/SRTE/PA  
Credenciamento nº 4.130.25



## ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação a nome, est. civil e data de nasc.)

Nome.....

Doc.....

Nome.....

Doc.....

Nome.....

Doc.....

Est. Civil.....

Doc.....

Est. Civil.....

Doc.....

Nascimento.....

Doc.....



## 11

## DEPENDENTES

[illegible]

## CARTEIRAS ANTERIORES

Número	Série	Data da Entrega

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

CNPJ/MF .....

Rua ..... Nº .....

Município..... Est.....

Esp. do estabelecimento.....

Cargo.....

..... CBO nº .....

Data admissão .....de..... de.....

Registro nº ..... Fls./Ficha .....

Remuneração especificada .....

.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Data saída.....de..... de.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD nº .....

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

CNPJ/MF .....

Rua ..... Nº .....

Município..... Est.....

Esp. do estabelecimento.....

Cargo.....

..... CBO nº .....

Data admissão .....de..... de.....

Registro nº ..... Fls./Ficha .....

Remuneração especificada .....

.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Data saída.....de..... de.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD nº .....

**FGTS – Fundo de Garantia do Tempo de Serviço**  
(Lei nº 5.107/66, regulamentada pelo Dec. nº 59.820/66)

OPÇÃO

...../...../.....  
Dia Mês Ano

RETRATAÇÃO

...../...../.....  
Dia Mês Ano

Banco depositário.....

Agência .....

Praça..... Estado .....

Empresa.....

.....  
Carimbo e assinatura do empregador

OPÇÃO

...../...../.....  
Dia Mês Ano

RETRATAÇÃO

...../...../.....  
Dia Mês Ano

Banco depositário.....

Agência .....

Praça..... Estado .....

Empresa.....

.....  
Carimbo e assinatura do empregador

**FGTS – Fundo de Garantia do Tempo de Serviço**  
(Lei nº 5.107/66, regulamentada pelo Dec. nº 59.820/66)

OPÇÃO

...../...../.....  
Dia Mês Ano

RETRATAÇÃO

...../...../.....  
Dia Mês Ano

Banco depositário.....

Agência .....

Praça..... Estado .....

Empresa.....

.....  
Carimbo e assinatura do empregador

OPÇÃO

...../...../.....  
Dia Mês Ano

RETRATAÇÃO

...../...../.....  
Dia Mês Ano

Banco depositário.....

Agência .....

Praça..... Estado .....

Empresa.....

.....  
Carimbo e assinatura do empregador