

você também está 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.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita 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

2.ª VIA



Número

0095086

Série

00001/mo

X *Luiza Marques da Silva*  
ASSINATURA DO PORTADOR *Luiza*

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Luiza Marques da Silva Lima*

Loc. Nasc. *Fátima de S. M. P.* Data *16/11/00*

Filiação *Conceição Marques da Silva*

Doc. N° *R.G. Nº 000939303*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. N° .....

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

Obs. *DRT Sul de Minas - Res. Dado*

Data Emissão *16/11/00*

N° INSC. N° POSTO *16009-1 / 501011-0*

*Assinatura do Funcionário*  
*Yvone Maria Catarino*

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE  
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

- Nome .....
- Doc. ....
- Nome .....
- Doc. ....
- Nome .....
- Doc. ....
- Est. Civil .....
- Doc. ....
- Est. Civil .....
- Doc. ....
- Nascimento .....
- Doc. ....