

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 electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

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 predispoem 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

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PREFEITURA MUNICIPAL  
DRT/SC  
27/01/95

Número ..... 80.499 ..... Série ..... 000.22-5E .....



Cláudio Geremiano Batista  
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Claudemir Geminiano Batista*

Loc. Nasc. *Itapicoba SC* Data *19.03.1975*

Filiação *Regina Duenixa Batista e de Sebastiao Geminiano Batista*

Doc. nº *C.T. 2.878/159 - SSP-SC*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... Doc. Ident. nº .....

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

Obs. ....

Data Emissão *27.01.95* DRT *24xixm-SC*

*Arcide Lunardi*  
Assinatura do Funcionário

**ARCIDE LUNARDI**  
**Enc. Carteira Trabalho**

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

Nome .....

Doc. ....

Nome .....

Doc. ....

Nome .....

Doc. ....

Est. Civil .....

Nome .....

Doc. ....

Est. Civil .....

Nome .....

Doc. ....

Nascimento .....