

FICHA DE REGISTRO				REGISTRO Nº. 006-0246	
DADOS DO EMPREGADOR					
Razão Social / Nome WNS SERVICOS E LOCACOES LTDA			CNPJ / CEI 11 486 088/0001-10		
Endereço / Complemento RUA JOSE BONIFACIO, 203 - CXPST 28					
Bairro CENTRO	Município / UF CAMPINA GRANDE / PB	Cep 58400-250			
DADOS DO EMPREGADO					
Nome VALDICLEIDE JUSTINO		Nascimento 12/05/1974	Telefone	Município de Nascimento / UF Campina Grande/Pb	Matr. eSocial 006-0246
Endereço / Complemento / Bairro EUEDES RODRIGUES CHAVES, 110 - MALVINAS			Município / UF CAMPINA GRANDE / PB		Cep 58434-197
Beneficiários					
Nome da Mãe MARCIONILIA OLIMPIA DE JESUS			Nome do Pai		
Nacionalidade 10-Brasileiro	Estado Civil 2 - Casado	R.G. 02233439430	Grau de Instrução 7 - 2º Grau Completo	C.B.O. 4110-10	
C.P.F. 022 334 394-30	CTPS (Número / Série / UF) 00047907-000018/PB	Título Eleitoral	Zona	Seção	
Habilitação	Categoria	Documentação Militar			
Cargo / Função AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Admissão 18/10/2024	Salário (R\$) 6,60	Tipo de Pagamento 2-Honsta	Hora Mês 0 00	
FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO - F.G.T.S.					
Data de Opção 18/10/2024	Banco Depositário 104 - Caixa Econômica Federal			Número da Conta 0	
Horário de Trabalho					
HORÁRIO : Entrada : Salda : AOS SÁBADOS : DESCANSO SEMANAL : Domingo / Sábado					
PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL - P.I.S.					
Número do P.I.S. 12517940594	Banco Depositário 104 - Caixa Econômica Federal		Número da Conta 0		
QUANDO ESTRANGEIRO			RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO		
Reg. Estrangeiro	Casado com Brasileiro	Data de Saída	Homologação Número		
Nome do Cônjuge		Tipo de Desligamento 00			
Data Chegada ao Brasil	Número de Filhos Brasileiros	Local da Homologação			
Naturalizado?	Decreto Número				
Visto	Vencimento				
Observações					
Assinatura do Empregado na Admissão / Data Valdicleide Justino			Carimbo e Assinatura do Empregador / Data WNS SERVICOS E LOCACOES LTDA - ME CNPJ: 11.486.088/0001-10		

CONTRATO DE EXPERIÊNCIA

Por este instrumento particular, que entre si fazem a firma **WNS SERVICOS E LOCACOES LTDA CAMPINA GRANDE**, neste ato denominado **EMPREGADORA** e o Sr(a). **VALDICLEIDE JUSTINO**, portador(a) da C.T.P.S Nº 00047907 série 000018 / PB, doravante chamado(a) simplesmente **EMPREGADO**, firmam o presente contrato individual de trabalho, em caráter de experiência, conforme alínea C parágrafo 2º do Art. 443 da Consolidação das leis do trabalho, mediante as seguintes condições:

1º - O **EMPREGADO** acima qualificado exercerá a Função de **AUXILIAR ADMINISTRATIVO**, recebendo o salário de **R\$ 6,60 SEIS REAIS E SESSENTA CENTAVOS** por Hora.

2º - O horário de trabalho a ser obedecido será de Sexta a das : as : horas , . Aos Sábados das .
PARÁGRAFO ÚNICO: Se por necessidade de trabalho a **EMPREGADORA** tem o poder de modificar o horário acima descrito.

3º - O **EMPREGADO** se compromete a trabalhar em regime de compensação e prorrogação de horas, inclusive em período noturno, sempre que as necessidades assim o exigirem, observadas as formas legais.

4º - Obriga-se o **EMPREGADO**, além de executar com dedicação e lealdade o serviço, a cumprir o regulamento interno da **EMPREGADORA**, as instruções de sua administração e as ordens de seus chefes e superiores hierárquicos, relativas as peculiaridades dos serviços que lhe forem confiados.

5º - Clausula assecuratória para ambas as partes rescindirem o contrato antecipadamente dentro do período de experiência.

6º - Vencido o período experimental e continuando o **EMPREGADO** a prestar serviços a **EMPREGADORA**, por tempo indeterminado, ficam prorrogados todas as cláusulas aqui estabelecidas, enquanto não se rescindir o contrato de trabalho.

7º - Este Contrato tem início na data de assinatura, terminando em **01/12/2024** e poderá ser prorrogado até o dia / / .

CAMPINA GRANDE, 18 de Outubro de 2024

WNS
SERVICOS E LOCACOES LTDA - ME
CNPJ 11.424.688/0001-10
Empregadora
WILMA NOGUEIRA DA SILVA

Valdicleide Justino
Empregado

Testemunha

Testemunha

VALE-TRANSPORTE: Declaração / Termo de Compromisso

WNS SERVICOS E LOCACOES LTDA

006

RUA JOSE BONIFACIO, 203 - CXPST 28 - CENTRO CEP : 58.400-250
CAMPINA GRANDE / PB
CNPJ / CEI : 11.486.088/0001-10

VALDICLEIDE JUSTINO

0246

EUDES RODRIGUES CHAVES, 110 - MALVINAS CEP : 58.434-197
CAMPINA GRANDE / PB
C T P S : 00047907-000018/PB

1) Opção pelo benefício:

☐ Opto pela utilização do Vale-Transporte☐ Opto pela NÃO utilização do Vale-Transporte

2) Termo de Compromisso / Esclarecimentos Legais:

Nos termos dos Artigos 106º a 112º do Decreto Nº 10.854 de 10 de Novembro / 2.021, solicito receber o Vale-Transporte e comprometo-me:

a) A utilizá-lo exclusivamente para meu efetivo deslocamento residência-trabalho e vice-versa;

b) Aренoar anualmente ou sempre que ocorrer alteração no meu endereço residencial ou dos serviços e meios de transporte mais adequados ao meu deslocamento residência-trabalho e vice-versa;

c) Autorizo a descontar até 0% (por cento) do meu salário básico mensal para concorrer ao custeio do Vale-Transporte (Conforme o Artigo 114º, inciso 1º do Decreto Nº 10.854 / 2.021).

d) Declaro estar ciente de que a declaração falsa ou o uso indevido do Vale-Transporte constituem falta grave (conforme o parágrafo 3º do Artigo 112º do Decreto Nº 10.854 / 2.021).

3) Meios de Transporte utilizados da residência ao trabalho e vice-versa:

Tipo	Empresa Transportadora	Perímetro	Tarifa	Quantidade
		Total a ser Utilizado no Mês		

4) Observações

CAMPINA GRANDE / PB, ____ / ____ / ____

Valdicleide Justino

Responsável Legal (quando menor)

WNS
SERVIÇOS E LOCAÇÕES LTDA.-ME
CNPJ: 11.418.088/0001-10

WNS SERVICOS E LOCACOES LTDA

VIA: 1



EMMA CAMPINA MEDICINA OCUPACIONAL E DO TRABALHO LTDA

CNPJ: 51.556.273/0001-58 - R VILA NOVA DA RAINHA

CAMPINA GRANDE (PB) - TEL.: (83)3024-4485

ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

Em cumprimento a NR7 (Portaria 3214/78 do Mtb e Portaria 24/94 da SSST), que regulamenta o art. 168 da consolidação das Leis Trabalhistas, atesto que o trabalhador abaixo identificado foi examinado e submetido aos procedimentos e exames complementares abaixo mencionados.

<input checked="" type="checkbox"/> ADMISSIONAL	<input type="checkbox"/> PERIÓDICO	<input type="checkbox"/> RETORNO AO TRABALHO
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE RISCOS OCUPACIONAIS	<input type="checkbox"/> DEMISSIONAL	

Empresa WNS SERVICOS E LOCACOES LTDA	Grau de Risco CNPJ 11.486.088/0001-10
--	---

Funcionário
VALDICLEIDE JUSTINO

Setor AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Função AUXILIAR ADMINISTRATIVO
---	--

Documento CPF 022 334 394-30	Dt.Nascimento 12/05/1974	Idade 50 Anos
--	------------------------------------	-------------------------

Riscos ocupacionais específicos

Exames EXAME CLINICO	Data de realização 18/10/2024
--------------------------------	---

PRÓXIMOS EXAMES: 18/10/2025

O funcionário acima, foi submetido(a) a exame médico, conforme a NR 07, sendo considerado:

☒ **APTO** ☐ **INAPTO**

NR 35 - Quanto a obrigatoriedade de constar no ASO do funcionário se ele é mapeado para Trabalho em Altura

NR 35.4.1.2.1 - A Aptidão para Trabalho em Altura deve ser consignada no atestado de saúde ocupacional do trabalhador

☐ **APTO** ☐ **INAPTO** ☐ **NÃO MAPEADO**

Carimbo e assinatura do médico Examinador
THIAGO ASSIS FERREIRA SANTIAGO
CRM: 10382/PB

Médico Responsável pelo PCMSO
MARIA DA GLORIA GOMES SILVA
CRM: 1228/PB

Atenção **Estou ciente do resultado do presente exame médico e recebi a 2ª VIA deste ASO.**

Local e data da LIBERAÇÃO do ASO

CAMPINA GRANDE 18/10/2024

Assinatura do(a) funcionário(a)

VALDICLEIDE JUSTINO





THIAGO ASSIS FERREIRA SANTIAGO/CRM 10382 (PB)
Validade jurídica assegurada conforme MP 2.200-2/2001 - Confira a autenticidade do documento Digital em <https://validar.iti.gov.br>

Documento disponível para consulta em <https://consulta.vitatechsistemas.com.br>
Número de controle para consulta: 6583790810155137132568

Leia o QRCode ao lado com a câmera do celular para visualizar o documento digital



Laudo Médico de PCD (Pessoa Com Deficiência):

	<small>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE</small>		<small>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</small>		<small>GOVERNO DA PARAÍBA</small>		<small>NADPD Núcleo de Apoio Gerenciador e Apoio em Consultas</small>
---	--	---	--	--	---------------------------------------	---	---

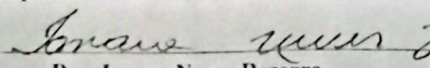
LAUDO MÉDICO

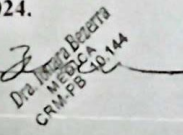
Atesto, conforme avaliação do prontuário médico de **Valdicleide Justino dos Santos**, DN:12/05/1974, CPF:022.334.394-30, que submeteu-se a uma avaliação, pela equipe interdisciplinar desta coordenação – Núcleo de Apoio à Pessoas com Deficiência- NADPD do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, tendo como Diagnóstico:

1. **Espécie de deficiência:** Deficiência Física
2. **Descrição da deficiência:** Dispareisia de MMSS por sequela de túnel do carpo
3. **CID-10 da deficiência Constatada:** G 83.0; G 56.0
4. **Nível da deficiência constatada:** Paciente apresenta hipotrofia de biceps, triceps D. Diminuição leve da amplitude articular do ombro D. Força grau 3 para MMSS, com limitação funcional moderada para suporte de peso.

Pelo exposto acima o (a) Avaliado é pessoa com deficiência e se enquadra na previsão legal contida no Art. 4º do Decreto Federal nº 3.298/99 e 5.296/04.

Campina Grande-PB, 21 de Fevereiro de 2024.


Dra. Ionara Neves Bezerra
CRM 10144



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas
Campina Grande – PB – CEP. 58432-809 Fones (83) 3310 5850 ramal 5850
Site: www.paraiba.pb.gov.br Email: nadpd@hotmail.com



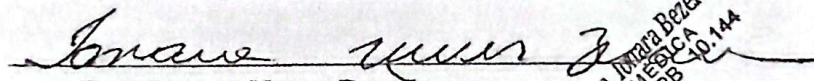
LAUDO MÉDICO

Atesto, conforme avaliação do prontuário médico de **Valdicleide Justino dos Santos**, DN:12/05/1974, CPF:022.334.394-30, que submeteu-se a uma avaliação, pela equipe interdisciplinar desta coordenação – Núcleo de Apoio à Pessoas com Deficiência- **NADPD** do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, tendo como Diagnóstico:

1. **Espécie de deficiência:** Deficiência Física
2. **Descrição da deficiência:** Dispareisia de MMSS por sequela de túnel do carpo.
3. **CID-10 da deficiência Constatada:** G 83.0; G 56.0
4. **Nível da deficiência constatada:** Paciente apresenta hipotrofia de biceps, tríceps D. Diminuição leve da amplitude articular do ombro D. Força grau 3 para MMSS, com limitação funcional moderada para suporte de peso.

Pelo exposto acima o (a) Avaliado é pessoa com deficiência e se enquadra na previsão legal contida no Art. 4º do Decreto Federal nº 3.298/99 e 5.296/04.

Campina Grande-PB, 21 de Fevereiro de 2024.


Dra. Ionara Neves Bezerra
CRM 10144

Dra. Ionara Bezerra
MÉDICA
CRM-PB 10.144

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Floriano Peixoto, 4700 – Malvinas
Campina Grande – PB – CEP: 58432-809 Fones (83) 3310 5850 ramal 5850
Site: www.paraiba.pb.gov.br Email: nadpd@hotmail.com

EMPREGADOR:

Nome

WNS SERVICOS E LOCACOES LTDA

CNPJ

11.486.088/0001-10**EMPREGADO:**

Nome

VALDICLEIDE JUSTINO

CPF

022.334.394-30

Matricula

006-0246

Data de Admissão

18/10/2024**Histórico de Movimentações Trabalhistas**

SEQ.	DATA DO ENVIO	NÚMERO DO RECIBO	TIPO DE EVENTO	OCORRÊNCIA DO EVENTO	SEQ. EVENTO AFETADO
10	29/10/2025 15:50:54	1.1.0000000035368217369	Retificação - Alteração Contratual do Trabalhador	29/10/2025	9
9	29/10/2025 15:40:45	1.1.0000000035367819767	Retificação - Alteração Contratual do Trabalhador	29/10/2025	8
8	29/10/2025 15:38:57	1.1.0000000035367753078	Alteração Contratual do Trabalhador	29/10/2025	
7	02/10/2025 15:19:17	1.1.0000000034904369448	Alteração Contratual do Trabalhador	30/09/2025	
6	04/06/2025 14:51:08	1.1.0000000032790749582	Alteração Contratual do Trabalhador	30/05/2025	
5	05/05/2025 18:32:13	1.1.0000000032228048891	Alteração Contratual do Trabalhador	05/05/2025	
4	04/04/2025 17:59:00	1.1.0000000031770917603	Alteração Contratual do Trabalhador	01/03/2025	
3	31/01/2025 20:31:42	1.1.0000000030496914138	Retificação - Alteração Contratual do Trabalhador	01/01/2025	2
2	13/01/2025 09:49:18	1.1.0000000030220913475	Alteração Contratual do Trabalhador	01/12/2024	
1	23/10/2024 11:30:49	1.1.0000000028524411621	Admissão do Trabalhador	18/10/2024	