

**ORDEM DE SERVIÇO – NR1**

Eu, \_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_, cargo \_\_\_\_\_, mediante esta ordem de serviço declaro que estou ciente das minhas restrições laborais, que estão elencadas no Certificado de Reabilitação Profissional emitido pelos profissionais da Unidade de Reabilitação Profissional do INSS, decorrente do cumprimento do programa de reabilitação profissional em conjunto com a equipe de segurança e saúde no trabalho desta Empresa.

Conforme estabelecido no meu Certificado, tenho restrição para atividades que \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Ainda, estou ciente que tenho total responsabilidade em desempenhar minhas atividades laborais respeitando as orientações médicas ocupacionais e as normas de segurança da empresa. Também, que tenho de notificar o gestor quanto à minha condição de reabilitado/PCD caso haja alteração em minha lotação e/ou gestão.

Eu me comprometo a recusar ou paralisar qualquer atividade que não respeite as minhas restrições laborais, devendo informar o fato ou a condição prejudicial imediatamente à chefia ou ao Setor de Segurança e Medicina do Trabalho.

Declaro ainda que obtive todas as informações sobre a minha reabilitação profissional, bem como dos riscos ambientais ocupacionais inerentes às atividades no cargo em que irei desempenhar. Fui orientado pela Seção de Medicina e Engenharia de Segurança do Trabalho da ECT sobre as atividades que poderei desempenhar e as atividades que não poderei desempenhar.

Nesse momento, a ECT – Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, através do disposto na Norma Regulamentadora número 1, da Portaria 3214/78, do Ministério do Trabalho, determina expressamente que o empregado deverá cumprir todas as orientações constantes no certificado de reabilitação e em suas normas internas de segurança. Ainda ressalta que o empregado deve exercer o seu direito de recusa em desenvolver qualquer atividade que lhe seja prejudicial ou contrária às restrições laborais.

Goiânia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do trabalhador completo

\_\_\_\_\_  
Assistente Social/CRESS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Representante ECT



EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS  
Superintendência Estadual de Operações de Goiás