

212

TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR		02 Razão Social/Nome		
01 CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15		ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM		
TRABALHADOR				
10 PIS / PASEP 207.553.044.59		11 Nome JORDANIA DE MATOS MEIRELES		
17 CTPS (nº, série, UF) 00000971613/00020 MG		18 CPF 100.206.646-80	19 Data de nascimento 30/01/1990	20 Nome da mãe WANDERLEIA LUCIA DE MATOS NOGUEIRA
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado				
24 Data de admissão 18/02/2019	25 Data do Aviso Prévio 26/12/2019	26 Data de afastamento 26/12/2019	27 Cód. Afast. PDO	29 Pensão Alimentícia (%) FGTS 0,00%
30 Categoria do Trabalhador 04 - Empregado sob contrato de trabalho sob prazo determinado (Lei nº 9.601/98)				

Foi realizada a rescisão do contrato de trabalho do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo nº 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A assistência à rescisão prevista no § 1º do art. nº 477 da CLT não é devida, tendo em vista a duração do contrato de trabalho não ser superior a um ano de serviço e não existir previsão de assistência à rescisão contratual em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da categoria a qual pertence o trabalhador.

No dia 26, 12, 2019 foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT nº 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 2.061,29, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

_____/_____, ____ de _____ de _____

150 Assinatura do Empregador ou Preposto

Jordania de Matos Meireles

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

Certificamos que o

Material
 Serviço

deste documento foi recebido e conferido.

 Assinatura	MG15903639 Matrícula
 Assinatura	MG16220952 Matrícula

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA
Pode o trabalhador iniciar ação judicial

07/01/2020

Internet Banking CAIXA

213



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00004717-2

Conta destino: 1529 / 013 / 00068761-9

Nome destinatário: JORDANIA D MATOS MEIRELES

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 2.061,29

Data de débito: 26/12/2019

Data/hora da operação: 26/12/2019 14:37:23

Código da operação: 261437

Chave de segurança: MAZYCMHKFTQALV8L

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

214

Empregador: ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
 Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198 Período: De 26/11/2019 a 26/12/2019
 Atividade: Lotação: 002 CUIDADORAS
 Empregado: 000463 JORDANIA DE MATOS MEIRELES Cargo: CUIDADOR CTPS: 00000971613/00020

Observações:
REFERENTE AO MÊS 12/2019

Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26	Declaração						
27	07:00	11:24	12:58	17:24			<i>Jdmm</i>
28	06:58	11:25	12:58	17:26			<i>Jdmm</i>
29	07:00	11:26	12:59	17:24			<i>Jdmm</i>
30	----	----	----	----			<i>Jdmm</i>
01	----	----	----	----			Sábado
02	06:58	11:24	12:58	17:26			Domingo
03	07:00	11:25	12:59	17:24			<i>Jdmm</i>
04	06:59	11:27	12:58	17:25			<i>Jdmm</i>
05	07:00	11:24	12:59	17:24			<i>Jdmm</i>
06	06:58	11:25	12:58	17:26			<i>Jdmm</i>
07	----	----	----	----			Sábado
08	----	----	----	----			Domingo
09	07:00	11:24	12:59	17:24			<i>Jdmm</i>
10	06:59	11:26	12:58	17:25			<i>Jdmm</i>
11	07:00	11:25	12:59	17:27			<i>Jdmm</i>
12	06:58	11:24	12:58	17:24			<i>Jdmm</i>
13	07:00	11:26	12:59	17:25			<i>Jdmm</i>
14	----	----	----	----			Sábado
15	----	----	----	----			Domingo
16	06:59	11:24	12:58	17:27			<i>Jdmm</i>
17	07:00	11:25	Declaração				<i>Jdmm</i>
18	07:00	11:22					<i>Jdmm</i>
19							
20							
21	----	----	----	----			Sábado
22	----	----	----	----			Domingo
23							
24							
25	----	----	----	----			Feriado - Natal
26							

Jordania de Matos Meireles
 Assinatura do Empregado

E.M. "OTACIR NUNES DOS SANTOS"
 ENSINO FUNDAMENTAL
 Lei de Criação nº 3312 de 06/06/2000
 Portaria Aut. Nº 695/2001
 Av. Dilson de Oliveira, nº 1221
 B. Funcionários - Contagem
 Fone: 3352-5854

[Assinatura]
 Escola Municipal Otacir Nunes dos Santos



ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM ²¹⁵

Fundada em 25 de Novembro de 1988 - CNPJ: 26.047.928/0001-15
Declarada de Utilidade Pública; Lei N° 2.112 de 28 de Agosto de 1990.
Declarada de Utilidade Pública; Lei N.º 15.001 de 14 de Janeiro de 2004.
Filiada à Federação Mineira Desportiva dos Surdos - FMDS
Sede própria: Rua Riso do Prado, 198 Bairro Jardim Eldorado.
CEP: 32.310-410 - Contagem - Minas Gerais
LIBRAS Oficial - Lei N° 10.436 de 24 de Abril de 2002

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Sr.(a) Diretor(a)

Declaramos que a cuidadora Jordania de Matos Meireles compareceu à nossa instituição no dia 26 de Novembro/2019 de 08:35h às 10:30h para tratar de assuntos administrativos, assim já resolvidos.

Atenciosamente,



BSS

Bianca dos Santos

Coordenadora Projeto Cuidadores



Prefeitura Municipal de Contagem

Secretaria Municipal de Saúde



216

CENTRO DE SAÚDE
JOSE LUCAS FILHO - C.S. PRAIA
Rua Felisbino Pinto Monteiro, 1099

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr(a) Jordania de Matos Meireles
portador da Carteira Profissional nº _____
e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doença infecto-contagiosas, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista não evidenciou sinais de déficit ou doença neuro-psiquiátrica. **(Este atestado não é válido como exame admissional, demissional ou periódico para fins de legislação a saúde do trabalhador vide portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho).**

Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido na unidade no período de 13:00 às 15:00 horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por _____ (_____) dias, a partir de ____/____/____ por motivo de doença CID. _____ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido para finalidades previstas no art. 143 - 1º do Decreto 2172 de 05/03/97, e Resolução CFM 1190/84 e será expedido para justificar o afastamento do trabalho de 1 a 15 dias).

Deverá afastar-se do trabalho no período de _____ (_____) dias, a partir de ____/____/____ conforme o dispositivo inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88. (Licença - Maternidade).

OBS.: Este atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE:

DATA:

17/12/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dra. Maria Cátia Costa
C.R.M. 80937
CONTR. 5595215