

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR**

01 CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA RISO DO PRADO, 198			04 Bairro ELDORADO	
05 Município Contagem	06 UF MG	07 CEP 32310-410	08 CNAE 9493-6/00	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 202.203.496.94	11 Nome KARINA GABRIELA TEIXEIRA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA SAIRUSSU, 98 A			13 Bairro BUGANVILLE	
14 Município Contagem	15 UF MG	16 CEP 32056-020	17 CTPS (nº, série, UF) 00000009717/00105 MG	18 CPF 055.625.176-80
19 Data de nascimento 04/04/1980	20 Nome da mãe ARANJA GERALDA DA SILVA TEIXEIRA			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato 3 - Contrato de trabalho por prazo determinado sem cláusula assecuratória de direito recíproco de rescisão antecipada				
22 Causa do Afastamento Rescisão contratual a pedido do empregado				
23 Remuneração Mês Ant. 1.050,00	24 Data de admissão 18/02/2019	25 Data do Aviso Prévio 12/08/2019	26 Data de afastamento 12/08/2019	27 Cód. afastamento SJ1
28 Fensão Alim. (%) TRCT 0,00%	29 Pens. alim.(%) FGTS 0,00%	30 Categoria do Trabalhador 04 - Empregado sob contrato de trabalho sob prazo determinado (Lei nº 9		
31 Código Sindical 000.000.00000-0	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 17.450.529/0001-00 - SIND DOS EMP EM ENT DE ASS SOCIAL ORIENT FORM PROFÍ MG			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS**VERBAS RESCISÓRIAS**

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 9/dia(s) Salário (Líquido de 3/falta(s) e DSR)	315,00	51 Comissões	0,00	52 Gratificação	0,00
53 Adic. de Insalubridade %	0,00	54 Adic. de Periculosidade %	0,00	55 Adic. Noturno _ Horas a_%	0,00
56.1 Horas Extras _ horas a_%	0,00	57 Gorjetas	0,00	58 Descanso Semanal Remunerado(DSR)	0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	0,00	60 Multa Art. 477, §8º/CLT	0,00	62 Salário-Família	0,00
63 13º Salário Proporcional 5/12 avos	437,50	64.1 13º Salário-Exerc. _ /12 avos	0,00	65 Férias Proporc. 5/12 avos	437,50
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	0,00	68 Terço Constituc. de Férias	145,83	69 Aviso Prévio Indenizado dias	0,00
70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	0,00	71 Férias (Aviso Prévio Indenizado)	0,00	99 Ajuste do Saldo Devedor	0,00
				TOTAL BRUTO	1.335,83

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	0,00	101 Adiantamento Salarial	0,00	102 Adiantamento 13º Salário	0,00
103 Aviso Prévio Indenizado dias	0,00	112.1 Previdência Social	25,20	112.2 Prev. Social - 13º Salário	35,00
114.1 IRRF	0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	0,00	115.1 Vale-Transporte 6%	25,20
				TOTAL DEDUÇÕES	85,40
				VALOR LÍQUIDO	1.250,43

TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

570

EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM			
TRABALHADOR				
10 PIS / PASEP 202.203.496.94	11 Nome KARINA GABRIELA TEIXEIRA		19 Data de nascimento 04/04/1980	20 Nome da mãe ARANJA GERALDA DA SILVA TEIXEIRA
17 CTPS (nº, série, UF) 00000009717/00105 MG	18 CPF 055.625.176-80			
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento Rescisão contratual a pedido do empregado				
24 Data de admissão 18/02/2019	25 Data do Aviso Prévio 12/08/2019	26 Data de afastamento 12/08/2019	27 Cód. Afast. SJ1	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 15/08/2019 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\$ 1.250,43, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

Kontagen MG, 16 de Agosto de 2019

150 Assinatura do Empregador ou Preposto

Karina G. Teixeira
151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

Certificamos que o

Material
 Serviço

deste documento foi recebido e conferido.

<i>lyx</i> Assinatura	<u>MG15903639</u> Matrícula
<i>[Assinatura]</i> Assinatura	<u>MG18886424</u> Matrícula

26.047.928/0001-15
ASSOCIACAO DOS SURDOS
DE CONTAGEM
RUA RIBESBACH Nº: 198
ELDORADO-CE: 32310-410
[CONTAGEM-MG]

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.
Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988)

571

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00004717-2**Conta destino:** 2940 / 013 / 00023155-8**Nome destinatário:** KARINA GABRIELA TEIXEIRA**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 1.250,43**Data de débito:** 15/08/2019**Data/hora da operação:** 15/08/2019 14:32:40**Código da operação:** 151432**Chave de segurança:** XEU7WQARSSLZQ5YE

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

A Hestouação dos Jurdos de contagem 572
Prezados Senhores

por motivos pessoais, venho por meio desta apresentar meu pedido de demissão do cargo que ocupo nesta empresa.

Tenho interesse em desligar-me imediatamente, solicito a dispensa do cumprimento do aviso prévio.

Sem mais

Contagem, 12 de agosto de 2019

Karina Gabriela Teixeira
Kanna G. Tuma

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Empregador: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS	CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
Endereço: RUA RISCO DO PRADO, 198	Período: De 26/07/2019 a 25/08/2019
Atividade:	Lotação: 002 CUIDADORAS
Empregado: 000507 KARINA GABRIELA TEIXEIRA	Cargo: CUIDADOR
CTPS: 0000009717/00105	
Observações: REFERENTE AO MÊS 08/2019	

Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26	Fórmulação						Karina G. Teixeira
27	----	----	----	----			Sábado
28	----	----	----	----			Domingo
29	07:00	11:25	13:00	17:25			Karina G. Teixeira
30	07:05	11:20	13:05	17:20			Karina G. Teixeira
31	07:05	11:28	13:00	17:30			Karina G. Teixeira
01	07:10	11:25	13:05	17:28			Karina G. Teixeira
02	Atestado						Sábado
03	----	----	----	----			Domingo
04	----	----	----	----			Karina G. Teixeira
05	Atestado						Karina G. Teixeira
06	Atestado						Karina G. Teixeira
07	Atestado						Karina G. Teixeira
08	FALTA						
09	FALTA						
10	----	----	----	----			Sábado
11	----	----	----	----			Domingo
12							
13							
14							
15							
16							Sábado
17	----	----	----	----			Domingo
18	----	----	----	----			
19							
20							
21							
22							
23							Sábado
24	----	----	----	----			Domingo
25	----	----	----	----			

Karina G. Teixeira
Assinatura do Empregado

Siviane S. Lima
Viviane Pereira Lima
PEDAGOGA
Matrícula: 21363676



ATESTADO MÉDICO



ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que Marcelo Gabriel Pereira
inscrito no CPF sob o n° _____, paciente sob meus cuidados, não se
encontra em condições para o trabalho, devendo seu afastamento ser considerado
de 02 dias.

CD: ~ 39

Contagem, 02/10/19

Dr. Douglas Engel Vieira
CRM 63960
CONSELHO 20260

DR. VANDERLEI DE FLORES
RUA ...

375

EQUIPE 15
PSP ICAIVERA
AV. TUI, Nº 10
TELEFONE: 3352-5307

Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde
ATESTADO

Atesto que o(a) Sr(a) Patricia Juliana Teixeira

portador da Carteira Profissional nº _____

e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizada nesta data sinais de doenças 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 28/12/04 do Ministério do trabalho).

Compareceu nesta data para consulta / exame, tendo permanecido na unidade no período de _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por 03, Três dias a partir de 05/08/19 por motivo de doença CID. N. 39 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ 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 c/ 1 a 15 dias).

CID 10 a pedido do paciente,
- Raimundo G. Tuma
 Deverá afastar-se do trabalho no período de _____ (_____) dias, a partir de _____

conforme o dispositivo no 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		EQUIPE 15	
DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL		
<u>05/10/19</u>			