

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 209.343.852.40		11 Nome GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA PRAIA FORMOSA, 66				13 Bairro SAO MATEUS	
14 Município Contagem		15 UF MG	16 CEP 32180-620	17 CTPS (nº, série, UF) 00004586242/00030 MG	18 CPF 006.985.376-29
19 Data de nascimento 25/09/1978		20 Nome da mãe NEZIR DE OLIVEIRA PINHO			
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. 1.093,21		24 Data de admissão 21/02/2019	25 Data do Aviso Prévio 07/11/2019	26 Data de afastamento 07/11/2019	27 Cód. afastamento SJ1
28 Pensão 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 PROFI MG			
DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS					
VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 3/dia(s) Salário (Líquido de 4/falta(s) e DSR)	110,32	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 8/12 avos	735,49	64.1 13º Salário-Exerc. _ _/12 avos	0,00	65 Férias Proporc. 8/12 avos	735,49
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	0,00	68 Terço Constituc. de Férias	245,16	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	1.826,46
DEDUÇÕES					
Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	0,00	101 Adiantamento Salarial	0,00	102 Adiantamento 13º Salário	183,87
103 Aviso Prévio Indenizado dias	0,00	112.1 Previdência Social	6,25	112.2 Prev. Social - 13º Salário	58,83
114.1 IRRF	0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	0,00	115.1 Vale-Transporte 6%	15,45
115.2 Atraso 6h24min	32,09				
				TOTAL DEDUÇÕES	296,49
				VALOR LÍQUIDO	1.529,97

TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM		
TRABALHADOR				
10 PIS / PASEP 209.343.852.40		11 Nome GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO		
17 CTPS (nº, série, UF) 00004586242/00030 MG		18 CPF 006.985.376-29	19 Data de nascimento 25/09/1978	20 Nome da mãe NEZIR DE OLIVEIRA PINHO
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento Rescisão contratual a pedido do empregado				
24 Data de admissão 21/02/2019	25 Data do Aviso Prévio 07/11/2019	26 Data de afastamento 07/11/2019	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 14/11/19 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\$ 1.529,97, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

Contagem MG, 14 de Novembro de 2019

150 Assinatura do Empregador ou Preposto

Glaucenize Oliveira Pinho

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

Certificamos que o	
<input type="checkbox"/> Material	
<input type="checkbox"/> Serviço	
deste documento foi recebido e conferido.	
<i>[Assinatura]</i>	<u>M615903639</u>
Assinatura	Matrícula
<i>[Assinatura]</i>	<u>M618886424</u>
Assinatura	Matrícula

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)

8/7

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 003 / 00004717-2**Conta destino:** 0536 / 001 / 00026466-3**Nome destinatário:** GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 1.529,97**Data de débito:** 14/11/2019**Data/hora da operação:** 14/11/2019 10:01:11**Código da operação:** 141001**Chave de segurança:** X611SY6NGV4G7GUM**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



ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

EMPRESA: ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM

CNPJ: 26.047.928/0001-15

ENDEREÇO: RUA RISO DO PRADO Nº198 BAIRRO: ELDORADO CONTAGEM/MG

MEDICINA OCUPACIONAL RESPONSÁVEL: MARIANO CONSULTORIA OCUPACIONAL EIRELI.

Nome: GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO

Identidade: MG 8.164.572

Função: CUIDADORA

Riscos:	Físico	N/A
	Químico	N/A
	Biológico	N/A
	Ergonômico	N/A
	Acidente	N/A

TIPO DE EXAME

() ADMISSIONAL () PERIÓDICO () MUDANÇA DE FUNÇÃO () RETORNO AO TRABALHO (X) DEMISSIONAL

PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO:

1	Exame Clínico	Data:	11/11/2019
---	---------------	-------	------------

OBS: OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS REALIZADOS ENCONTRAM-SE ARQUIVADOS NO PRONTUÁRIO MÉDICO.

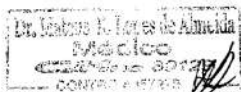
CONCLUSÃO: (X) APTO PARA EXERCER A FUNÇÃO () INAPTO PARA EXERCER A FUNÇÃO

RESERVAÇÃO: CONFORME NR-35 ATESTO QUE O(A) SENHOR(A) ACIMA REFERIDO, ENCONTRA-SE:

() APTO PARA TRABALHO EM ALTURA (X) NÃO SE APLICA TRABALHO EM ALTURA () INAPTO PARA TRABALHO EM ALTURA

NOVA LIMA, MG

11/11/19



Médico Examinador
Assinatura e Carimbo

RECEBI CÓPIA EM:

11/11/19

Pinho

Assinatura do Empregado/Candidato

EMITIDO EM 03 (TRÊS) VIAS: (1ª) LOCAL DE TRABALHO, (2ª) FUNCIONÁRIO, (3ª) PRONTUÁRIO MÉDICO

A

Associação dos Suidos de Contagem

Prezado(s) Senhor(es)

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

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

Sem mais

Contagem, 07 de Novembro de 2019

Glaucenize Oliveira Pinho

CONTROLE DE FREQUÊNCIA

Empregador: ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS	CNPJ/CEI: 26.047.928/0001-15
Endereço: RUA RISO DO PRADO, 198	Período: De 26/10/2019 a 25/11/2019
Atividade:	Lotação: 002 CUIDADORAS
Empregado: 000525 GLAUCENIZE OLIVEIRA PINHO	Cargo: CUIDADOR
CTPS: 00004586242/00030	

Observações:
REFERENTE AO MÊS 11/2019

Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26	----	----	----	----			Sábado
27	----	----	----	----			Domingo
28	09:00	11:30	13:00	16:30	(ASC)		Pinho
29	Declaração						
30	07:00	11:20	13:03	17:20			Pinho
31	07:03	11:00	13:02	17:21			Pinho
01	Falta						
02	----	----	----	----			Sábado
03	----	----	----	----			Domingo
04	Atestado						
05	Declaração de comparecimento						Pinho
06	Falta						
07	07:00	11:20					Pinho
08							
09	----	----	----	----			Sábado
10	----	----	----	----			Domingo
11							
12							
13							
14							
15							
16	----	----	----	----			Sábado
17	----	----	----	----			Domingo
18							
19							
20							
21							
22							
23	----	----	----	----			Sábado
24	----	----	----	----			Domingo
25							

Pinho
Assinatura do Empregado

GLÓRIA MARQUES DINIZ
 H. de O. Silvério
 ETORA MATR. 1275912



ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM

821
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 Glaucenize Oliveira compareceu à nossa instituição no dia 28 de Outubro das 13:00h às 16:30h para tratar de assuntos administrativos, assim já resolvidos.

Atenciosamente



Bianca dos Santos
Coordenadora Projeto Cuidadores



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DISTRITO SANITÁRIO NACIONAL
USF ILDA EFIGÊNIA DE LIMA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que Glauzenize Oliveira Pinto

portador(a) do documento de identidade N. 8-364-572
compareceu a esta unidade de saúde para Acidimetria
no período de 07:30 as 30:20 hs no dia de hoje.

Jayma Meira Neris
Enfermeira

Equipe de Saúde UBS Ilida Efigênia de Lima
COREN-MG 483.791

Contagem, 29 / 10 / 19



Declaração de Comparecimento	ATENDIMENTO		
	VERSÃO: 05	CÓDIGO FOR.ATD.013	PÁGINA 1/1
Elaboração: Jardele Magalhães			
Aprovação: Alexandra Santos			

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins que Glauzenize Oliveira Pinto
esteve no Laboratório São Marcos, no dia 5/11/19 no horário de 07:30 às 9:30 para
coleta de material biológico, objetivando análises clínicas.

Assinatura - RG / Identidade

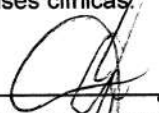
Belo Horizonte, 5 de 11 de 20 19

Laboratório São Marcos
CNPJ 16.740.086/0001-29
Matriz - Av. do Pará de Minas, 1035/1059, Pª Eustáquio, BH/MG - TEL (31) 2104 0100

Declaração de Comparecimento			ATENDIMENTO 823		
VERSÃO: 05		CÓDIGO FOR.ATD.013	PÁGINA 1/1		
Elaboração: Jardele Magalhães					
Aprovação: Alexandra Santos					

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins que Glauceze Oliveira Pinho esteve no Laboratório São Marcos, no dia 5/11/19 no horário de 13:00 às 14:00 para coleta de material biológico, objetivando análises clínicas.


 Assinatura - RG / Identidade
 Belo Horizonte, 5 de 11 de 2019

Laboratório São Marcos
CNPJ 16.740.086/0001-29
 Matriz - Av. do Pará de Minas, 1035/1059, Pª Eustáquio, BH/MG - TEL (31) 2104 0100

Atesto que o(a) Sr(a) Glauceze Oliveira Pinho 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 29/12/94 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 05 (cinco) dias a partir de 05/11/19 por motivo de doença CID N05 (a pedido do paciente). (Este atestado é válido p/ finalidades previstas no art. 143 § 1º do Decreto 2172 de 05/03/97, e Resolução CEM 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 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 _____

DATA 05/11/19

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DA ANUNCIÇÃO SINA 