

**TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**


IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR					
01 CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15	02 Razão Social/Nome ASSOCIAÇÃO 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 156.364.477.72	11 Nome RAFAELA PEREIRA NUNES AMARAL				
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA GERALDO DE SOUZA MEIRELES, 567				13 Bairro GRANJA VISTA ALEGRE	
14 Município Contagem	15 UF MG	16 CEP 32046-110	17 CTPS (nº, série, UF) 00000343812/00050 MG	18 CPF 137.568.546-55	
19 Data de nascimento 14/01/1997	20 Nome da mãe MARIZA PEREIRA COSTA DA SILVA				
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 Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado					
23 Remuneração Mês Ant. 1.103,24	24 Data de admissão 05/09/2019	25 Data do Aviso Prévio 26/12/2019	26 Data de afastamento 26/12/2019	27 Cód. afastamento PDO	
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 26/dia(s) Salário (Líquido de _/falta(s) e DSR)	956,14	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. /12 avos	0,00	64.1 13º Salário-Exerc. __/12 avos	0,00	65 Férias Proporc. 4/12 avos	367,75
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	0,00	68 Terço Constituc. de Férias	122,58	69 Aviso Prévio Indenizado dias	0,00
70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	0,00	71 Férias (Aviso Prévio Indenizado)	0,00	95.1 Reembolso de Passagem	18,00
99 Ajuste do Saldo Devedor	0,00				
				<b>TOTAL BRUTO</b>	<b>1.464,47</b>
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	76,49	112.2 Prev. Social - 13º Salário	0,00
114.1 IRRF	0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	0,00		
				<b>TOTAL DEDUÇÕES</b>	<b>76,49</b>
				<b>VALOR LÍQUIDO</b>	<b>1.387,98</b>

TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO				
<b>EMPREGADOR</b>				
01 CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15	02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM			
<b>TRABALHADOR</b>				
10 PIS / PASEP 156.364.477.72	11 Nome RAFAELA PEREIRA NUNES AMARAL			
17 CTPS (nº, série, UF) 00000343812/00050 MG	18 CPF 137.568.546-55	19 Data de nascimento 14/01/1997	20 Nome da mãe MARIZA PEREIRA COSTA DA SILVA	
<b>CONTRATO</b>				
22 Causa do Afastamento Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado				
24 Data de admissão 05/09/2019	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\$ 1.387,98, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

\_\_\_\_\_ , 26 de Dezembro de 2019

  
150 Assinatura do Empregador ou Preposto

x Rafaela P. Nunes Amaral  
151 Assinatura do Trabalhador

\_\_\_\_\_  
152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

26.047.928/0001  
ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM

Certificamos que o	
MARIZA PEREIRA COSTA DA SILVA	<input type="checkbox"/> Material
137.568.546-55	<input type="checkbox"/> Serviço
deste documento foi recebido e conferido.	
 Assinatura	MG15903639 Matrícula
 Assinatura	MG1622292 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)

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

<b>Conta origem:</b>	0893 / 003 / 00004717-2
<b>Conta destino:</b>	1529 / 013 / 00082999-5

<b>Nome destinatário:</b>	RAFAELLA P NUNES AMARAL
<b>Quantidade de vezes:</b>	
<b>Valor:</b>	R\$ 1.387,98

<b>Data de débito:</b>	26/12/2019
<b>Data/hora da operação:</b>	26/12/2019 14:05:16

<b>Código da operação:</b>	261405
<b>Chave de segurança:</b>	Y4L7Q0QNK94JTGE

**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

106

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: 000562 RAFAELA PEREIRA NUNES AMARAL				Cargo: CUIDADOR		CTPS: 00000343812/00050	
Observações:							
REFERENTE AO MÊS 12/2019							
Dia	E1	S1	E2	S2	Prorrogação		Assinatura/Justificativa
					E	S	
26	06:59	11:25	13:00	17:25			Rafaela P. Nunes Amaral
27	06:57	11:24	13:01	17:25			Rafaela P. Nunes Amaral
28	07:00	11:26	13:00	17:26			Rafaela P. Nunes Amaral
29	06:57	11:24	13:02	17:25			Rafaela P. Nunes Amaral
30	07:00	11:25	---	---			Sábado Rafaela P. Nunes Amaral
01	---	---	---	---			Domingo
02	06:58	11:26	12:59	17:24			Rafaela P. Nunes Amaral
03	ATESTADO						Rafaela P. Nunes Amaral
04	06:55	11:24	13:00	17:25			Rafaela P. Nunes Amaral
05	07:01	11:25	13:02	17:24			Rafaela P. Nunes Amaral
06	07:00	11:26	13:03	17:26			Rafaela P. Nunes Amaral
07	---	---	---	---			Sábado
08	---	---	---	---			Domingo
09	06:58	11:26	12:59	17:24			Rafaela P. Nunes Amaral
10	07:00	11:24	13:00	17:26			Rafaela P. Nunes Amaral
11	06:56	11:26	13:01	17:25			Rafaela P. Nunes Amaral
12	07:00	11:24	13:00	17:24			Rafaela P. Nunes Amaral
13	06:59	11:25	12:59	17:26			Rafaela P. Nunes Amaral
14	---	---	---	---			Sábado
15	---	---	---	---			Domingo
16	06:58	11:24	13:01	17:24			Rafaela P. Nunes Amaral
17	07:02	11:25	13:00	17:24			Rafaela P. Nunes Amaral
18	07:00	11:26	12:59	17:25			Rafaela P. Nunes Amaral
19	06:58	11:25	13:00	17:25			Rafaela P. Nunes Amaral
20	07:03	A SC					Rafaela P. Nunes Amaral
21	---	---	---	---			Sábado
22	---	---	---	---			Domingo
23							
24							
25	---	---	---	---			Feriado - Natal
26							

Rafaela P. Nunes Amaral  
Assinatura do Empregado

Escola Municipal Prefeito Sebastião Camargos  
Lavn.º 37632033 Ed. Ed. (Port. 26/2010) e Ens. Fund. (Port. 1089/2010)  
Rua Antônio Gó Oliveira Campos, 391 - Granja Vista Alegre  
Contagem - MG - CEP 32.045-050 - Telefax (31) 3386-4034  
e-mail em.sebastiao.camargos@contagem.mg.gov.br

Adolfo Borges  
Vice Diretor  
matrícula 146 047-8

J07



## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr(a) **RAFAELA PEREIRA NUNES AMARAL**, portador da carteira de identidade nº 19479849, compareceu à **UVF - CLINICA MÉDICA** e necessita permanecer afastado do trabalho por **01 (UM)** dia, a partir desta data por motivo de doença.

CID: N23

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.

Contagem, 03 de dezembro de 2019.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Fernanda Avila Soares".

**FERNANDA AVILA SOARES**  
CRM 64468

**RAFAELA PEREIRA NUNES AMARAL**



# ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM<sup>108</sup>

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 Rafaela Pereira compareceu à nossa instituição no dia 20 de Dezembro das 09:00h às 11:00h para tratar de assuntos administrativos, assim já resolvidos.

Atenciosamente



Bianca dos Santos

Coordenadora Projeto Cuidadores