

JUSTIFICATIVA

Justificamos para os devidos fins, que de acordo com os decretos 1.510 e 1.524 em função do Coronavírus – Covid-19, a fim de evitar aglomeração na Associação e prezar pela saúde dos nossos funcionários, os mesmos executaram suas funções em Home Office do dia 19/03 à 27/03.

Atenciosamente,

Contagem 31 de Março de 2020.



Deison Andrade
Presidente da ASC

26.047.928/0001-15
ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
Rua Riso do Prado, 198
Eldorado - CEP 32310-410
CONTAGEM - MG

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 129.796.741.35		11 Nome KALINE OLIVEIRA CHAVES			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA PORTUGAL, 35 AP 203 BL5					13 Bairro GLORIA
14 Município Contagem		15 UF MG	16 CEP 32340-010	17 CTPS (nº, série, UF) 00000068085/00117 MG	18 CPF 015.168.326-39
19 Data de nascimento 12/06/1985		20 Nome da mãe CECILIA MARIA OLIVEIRA CHAVES			
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. 1.996,82		24 Data de admissão 05/09/2019	25 Data do Aviso Prévio 31/03/2020	26 Data de afastamento 31/03/2020	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 30/dia(s) Salário (Líquido de _/falta(s) e DSR)	2.000,00	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 3/12 avos	500,00	64.1 13º Salário-Exerc. __/12 avos	0,00	65 Férias Proporc. 7/12 avos	1.166,67
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	0,00	68 Terço Constituc. de Férias	388,89	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	4.055,56
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	164,33	112.2 Prev. Social - 13º Salário	37,50
114.1 IRRF	0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	201,83
				VALOR LÍQUIDO	3.853,73

01 CNPJ/CEI 26.047.928/0001-15		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO DOS SURDOS DE CONTAGEM		
TRABALHADOR				
10 PIS / PASEP 129.796.741.35		11 Nome KALINE OLIVEIRA CHAVES		
17 CTPS (nº, série, UF) 00000068085/00117 MG		18 CPF 015.168.326-39	19 Data de nascimento 12/06/1985	20 Nome da mãe CECILIA MARIA OLIVEIRA CHAVES
CONTRATO				
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 31/03/2020	26 Data de afastamento 31/03/2020	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 ____/____/____ 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\$ 3.853,73, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

Contagem / 31 de Março de 20

150 Assinatura do Empregador ou Preposto

Kaline Oliveira Chaves

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

26.047.928/0001-15
ASSOCIAÇÃO DOS SURDOS DE CONTAGEM
Rua Riso do Prado, 198
Eldorado - CEP 32310-410
CONTAGEM - MG

Certificação de que o conteúdo deste documento foi recebido e conferido

Matrícula

Serviço

Assinatura Matrícula
Assinatura Matrícula

MG 15903039
Matrícula

MG 13812153
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

Conta origem: 0893 / 003 / 00004717-2

Conta destino: 0893 / 013 / 00011611-2

Nome destinatário: KALINE OLIVEIRA CHAVES

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 3.853,73

Data de débito: 31/03/2020

Data/hora da operação: 31/03/2020 14:52:00

Código da operação: 311452

Chave de segurança: NH79LG02TLQL71W1

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

ID:5		0 nome:KALINE				0 departamento de:CENTRAL				Voos:Turno3		Data:20.03.1~20.03.31			
Data	Na segunda Feira	A turma do		Classe B		Turma do C		Data	Na segunda Feira	A turma do		Classe B		Turma	
		0 trabalho	Depois do trabalho	0 trabalho	Depois do trabalho	0 trabalho	Depois do trabalho			0 trabalho	Depois do trabalho	0 trabalho	Depois do trabalho		
03-01	7	DOMINGO													
03-02	1	08:23	12:18	13:18	17:01			03-17	2	08:16	12:17	13:12	17:03		
03-03	2	REUNIÃO	11:59	12:59	17:28			03-18	3	HOME OFFICE /	DECRETO	1510-1524			
03-04	3	09:15	12:08	13:06	17:00			03-19	4	HOME OFFICE /	DECRETO	1510-1524			
03-05	4	08:10	10:55	VISITA	17:07			03-20	5	HOME OFFICE /	DECRETO	1510-1524			
03-06	5	08:04	12:23	13:20	17:12			03-21	6	SABADO					
03-07	6	08:00	12:00	13:00	16:37			03-22	7	DOMINGO					
03-08	7	DOMINGO													
03-09	1	07:55	VISITA					03-23	1	HOME OFFICE /	DECRETO	1510-1524			
03-10	2	VISITA			17:06			03-24	2	HOME OFFICE /	DECRETO	1510-1524			
03-11	3	08:00	11:45	12:45	17:00			03-25	3	HOME OFFICE /	DECRETO	1510-1524			
03-12	4	07:04	11:38	12:34	17:00			03-26	4	HOME OFFICE /	DECRETO	1510-1524			
03-13	5	08:07	REUNIÃO	13:01	17:00			03-27	5	HOME OFFICE /	DECRETO	1510-1524			
03-14	6	SABADO													
03-15	7	DOMINGO													
03-16	1	08:09	11:32	12:31	13:09			03-28	6	09:59	13:05	14:00	19:00		
								03-29	7	08:04	12:01	13:02	17:01		



Kaline Oliveira Chaves
Funcionário da ASC


[Assinatura]
Coordenador da ASC

Dia	Turno	Escolas
01	manhã	Domingo
	tarde	
02	manhã	ASC
	tarde	
03	manhã	Reunião na Escola Municipal Padre Joaquim de Souza Silva
	tarde	ASC
04	manhã	ASC
	tarde	
05	manhã	ASC
	tarde	Umei- Beija Flor
06	manhã	ASC
	tarde	
07	manhã	Dia trabalho para recolhimento de relatório e compensação do banco de horas.
	tarde	
08	manhã	Domingo
	tarde	
09	manhã	ASC
	tarde	Umei- Beija Flor
10	manhã	Escola Municipal Prefeito Sebastião Camargos e Cemei Décio Camargos
	tarde	ASC
11	manhã	ASC
	tarde	
12	manhã	Reunião das Mãe da escola CAEE e Reunião na SEDUC
	tarde	ASC
13	manhã	Reunião das Mãe da escola CAEE e Reunião na SEDUC
	tarde	ASC

15	manhã	Domingo
	tarde	
16	manhã	Escola Municipal Dona Gabriela Leite Araujo
	tarde	ASC
17	manhã	Atestado
	tarde	
18	manhã	ASC
19	manhã	Trabalho Home Office
	tarde	
20	manhã	Trabalho Home Office
	tarde	
21	manhã	Sábado
	tarde	
22	manhã	Domingo
	tarde	
23	manhã	Trabalho Home Office
	tarde	
24	manhã	Trabalho Home Office
	tarde	
25	manhã	Trabalho Home Office
	tarde	
26	manhã	Trabalho Home Office
	tarde	
27	manhã	Trabalho Home Office
	tarde	
28	manhã	Sábado

Domingo

	tarde	
30	manhã	Trabalho Home Office
	tarde	
31	manhã	Trabalho Home Office
	tarde	



Coordenadora

Kelime de Almeida Chaves

Funcionário

Declaração de Presença

Declaro que o(a) Sr.(a): KALINE OLIVEIRA CHAVES

esteve neste estabelecimento no dia: 04/03/2020

para a realização de exames no período de 08:10 às 09:10 horas.

22.785.371/0001-211

CLÍNICA DE ULTRASSOM CONTAGEM LTDA

Rua Itália, nº 45 - 31

Bairro da Glória - CEP 32340-100

CONTAGEM - MG

Emanuelle dos S. M.

CLÍNICA DE ULTRASSOM CONTAGEM LTDA

Contagem 04 de Março de 2020

HORA: 08:23

CHEGADA

SAIDA

ATENDIMENTO

[Signature]

Coordenador(a) Geral

MOTIVO: Chegada atrasada pois estava marcando consulta para exame de ultrassom, informado para coordenação

Kelaine O Chaves

Colaborador(a)

É obrigatório o preenchimento desta em caso de atrasos na chegada ou saída e quando o atendimento demorar mais que o previsto

JUSTIFICATIVA

NOME: *Kelaine Oliveira Chaves*

DATA: 16/03/2020

HORA: CHEGADA

SAIDA

ATENDIMENTO

[Signature]

Coordenador(a) Geral

MOTIVO: saída antecipada com autorização da coordenação, pois estava mal estar geral.

Kelaine O Chaves

Colaborador(a)

É obrigatório o preenchimento desta em caso de atrasos na chegada ou saída e quando o atendimento demorar mais que o previsto



Sr(a): *Kelaine Oliveira Chaves*

ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Compareceu a este serviço das _____ às _____ horas, para:

a) Consulta c) Fazer Exames

b) Acompanhar familiar d) Fisioterapia

Podendo retornar ao trabalho _____ HORA MARCADA _____ hs.

ATESTADO DE AFASTAMENTO

1 Deverá ter justificado(s) *01* (*UM*) dia(s) (limite máximo de 15 dias).

2 Ficará afastado do trabalho por prazo superior a 15 dias, aproximadamente _____ dias, devendo ser providenciado laudo pericial para o I.N.S.S. enviar relatório ao médico perito.

3 Ficou internado do dia _____ / _____ / _____ ao dia _____ / _____ / _____. Em caso de afastamento ultrapassar 15 dias, deverá ser providenciado laudo pericial para o I.N.S.S.

4 É acidente de trabalho? Necessita ser afastado? *CID: J00*

Não Sim, do dia _____ / _____ / _____

Preencher as vias de acidente. Na falta destas, enviar relatório.

Ao funcionário - IMPORTANTE

- 1 Tendo hora marcada você poupará tempo.
- 2 Para que esta comunicação tenha valor faça-a chegar ao Departamento Pessoal dentro de 48 horas, no máximo.
- 3 A referência do CID teve o pedido e consentimento do paciente.

Contagem 17 de 03 de 2020
[Stamp: Heli Zaitowski, CRM 12825, Conselho Profissional, Carimbo, Assinatura]