

14
Jimenez

Comp	Banco	Agência	DV	C1	Conta	C2	Série	Cheque N°	C3	
018	001	2810	5	2	59.610-9	5	000	660270	5	R\$ #1225,69#
018	001	2810	5	2	59.610-9	5	000	660270	5	

Pague por este cheque a quantia de Um mil e duzentos vinte cinco reais

a Leydiane Caroline da Silva Milanes e centavos sobre

Contagem 08 de Novembro de 2018 ou a sua ordem



AVENIDA JOAO CESAR MG
 C3 000.000/05F9 19
 AV JOAO COLMEIR 1045
 IV
 CONFECCAO 10/2018

EREPER FORUMITARIA LAGO AZUL
 23 947.130/0001-60
 CLIENTE BANCARIO DESDE 04/1992

Ylleana Rosa A. Silva
Ylleana Rosa A. Silva
Gilberto Garate Cuatrecasas



TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

13
Bimane

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI 23847130000160		02 Razão Social / Nome CRECHE COMUNITARIA LAGO AZUL		
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA RIO TIGRE, 149				04 Bairro RIACHO PEDRAS
05 Município Contagem	06 UF MG	07 CEP 32280-210	08 CNAE 9430800	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 16389641762		11 Nome LEYDIANE CAROLINE DA SILVA MILANEZ		
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA RIO PARACATU, 159 CX 2				13 Bairro RIACHO DAS PEDRAS
14 Município Contagem	15 UF MG	16 CEP 32280-240	17 CTPS (nº,série,UF) 09933453/00030 - MG	18 CPF 13124821688
19 Data de Nascimento 30/03/1994	20 Nome da Mãe CELIA MARIA DA SILVA			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato 1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado.				
22 Causa do Afastamento DESPEDIDA SEM JUSTA CAUSA, PELO EMPREGADOR				

23 Remuneração Mês Ant. 1.248,00	24 Data de Admissão 21/05/2018	25 Data do Aviso Prévio 02/10/2018	26 Data de Afastamento 01/11/2018	27 Cód.Afastamento SJ2
28 Pensão Alim. (%) TRCT	29 Pensão Alim. (%) FGTS	30 Categoria do Trabalhador 01		
31 Código Sindical 914.010.000.07283-0	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 17.450.529/0001-00 - SIND EMP ENT CULT REC ASSIST SOC ORIE FORM PROF EST M G			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 1 /dias Salário (líquido de 0 faltas e 0 DSR)	41,60	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	61 Multa Art. 479/CLT	0,00
62 Salário-Família	0,00	63 13º Salário Proporcional 5/12 avos	527,22	64.1 13º Salário-Exerc. - /12 avos	0,00
65 Férias Proporc 5/12 avos	527,22	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	0,00	68 Terço Constituc. de Férias	175,74
69 Aviso Prévio Indenizado	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	1.271,78

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	106 Vale Transporte	0,00	112.1 Previdência Social	3,32
112.2 Prev Social - 13º Salário	42,17	114.1 IRRF	0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	0,00
115.1 Desc Arredondamento Mes Anterior	0,60				
				TOTAL DEDUÇÕES	46,09
				VALOR LÍQUIDO	1.225,69

36
chiamano

TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 23847130000160		02 Razão Social/Nome CRECHE COMUNITARIA LAGO AZUL		
TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP 16389641762		11 Nome LEYDIANE CAROLINE DA SILVA MILANEZ		
17 CTPS (nº,série,UF) 09933453/00030 - MG		18 CPF 13124821688	19 Data de Nascimento 30/06/1994	20 Nome da Mãe CELIA MARIA DA SILVA
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento DESPEDIDA SEM JUSTA CAUSA, PELO EMPREGADOR				
24 Data de Admissão 21/05/2018	25 Data do Aviso Prévio 02/10/2018	26 Data de Afastamento 01/11/2018	27 Cód. Afast. SJ2	29 Pensão Alimentícia (%) (FGTS)
30 Categoria do Trabalhador 01				

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\$ 1.225,69, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

_____ de _____ de _____

Chiamano Cristiana da Silva
 150 Assinatura do Empregador ou Preposto
CRECHE COMUNITARIA LAGO AZUL

Leidyane Caroline da Silva Milanez
 151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

ATESTO QUE O SERVIÇO
 FOI PRESTADO E/OU MA-
 TERIAL FORNECIDO
 08/11/18
Chiamano Cristiana da Silva
Conceição da Silva

1618955647
145578935

153 informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.

Podem 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 (inciso XXIX, art. 7º da Constituição Federal/1988).

31
Simone

AVISO PRÉVIO
de empregador para empregado

Empresa: CRECHE COMUNITARIA LAGO AZUL (00014)		
End.: RUA RIO TIGRE, 149		
Funcionário: LEYDIANE CAROLINE DA SILVA MILANEZ (000033)		
CTPS	Admissão	Função
09933453 / 00030/	21/05/2018	MONITOR

O empregado acima fica notificado de que será dispensado ao fim de 30 (Trinta) dias, a contar do dia seguinte a esta notificação. Portanto, com término do vínculo empregatício em 01/11/2018.

Data:	Assinatura da empresa:
02/10/2018	

Para cumprimento do presente Aviso Prévio, indico a opção de minha preferência.

- Redução da jornada de trabalho por 02 (duas) horas diárias.
- Ausência ao serviço por 07 (sete) dias, sem haver prejuízo do salário integral

	Contagem , 02 de outubro de 2018
	Local e Data
	<i>Leydiane Caroline da Silva Milanez</i>
Impressão digital	Ciente - Assinatura do empregado

Testemunhas:

Nome:	<i>Simone Cristina da Silva</i>
Ass.:	<i>Simone Cristina da Silva</i>
Nome:	
Ass.:	

FOLHA DE PONTO

MÊS: Outubro ANO: 2018

EMPREGADO: Leydiane Cardine FUNÇÃO: _____

DIAS	ASSINATURA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA
1	Leydiane Cardine	07:00	11:00	12:00	15:00
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
Dias a receber:		Faltas:	Horas Extras:	Adicional Noturno:	Repouso Remunerado:
Observações:					
Assinatura do Responsável:					