

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI 10.439.655/0001-14	02 Razão Social/Nome PHENIX SOLUCOES LTDA - MATRIZ				
03 Endereço (logradouro, n°, andar e apartamento) Rua ALVARO COSTA, 14					04 Bairro CENTRO
05 Município RIO GRANDE	06 UF RS	07 CEP 96201-560	08 CNAE 8211-3/00	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra 92.967.595/0001-77 (0103)	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS / PASEP: 23683402969	11 Nome #HYANN FONSECA DUARTE				
12 Endereço (logradouro, n°, andar) Rua MAURO MENDES TOTTA, 1178	apartamento) PRINCIPAL - SANS SOUCI				13 Bairro Centro
14 Município: ELDORADO DO SUL		15 UF RS	16 CEP 92990-000	17 CTPS (n°, série, UF)	18 CPF 015.613.890-56
19 Data de Nascimento 08/03/2003	20 Nome da Mãe CAMILA FONSECA DUARTE				

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. R\$ 2.504,17	24 Data de Admissão 20/02/2024	25 Data do Aviso Prévio 12/05/2025	26 Data de Afastamento 13/06/2025	27 Cód. Afastamento S12
28 Pensão Alim (%) (TRCT) 0,00 %	29 Pensão Alim (%) FGTS 0,00 %	30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado		
31 Código Sindical 999.000.000.00000-3	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 37.135.367/0024-57 SINDICATO 01 RS			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Aviso Prévio Trabalhado	873,20	54 Adicional de Periculosidade 30 %	261,96	54.01 Periculosidade 13º salário	251,88
54.02 Periculosidade Férias - RESC	806,02	63 13º Salário Proporcional 5/12 avos	839,61	65 Férias Proporcionais - RESC	671,69
67 Férias Vencidas - RESC	2.015,07	68 Terço Constituc. de Férias	1.164,26	69 Média Hora Extra Férias - RESC	12,71
				TOTAL BRUTO	6.896,40

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor	
105 Desconto Cartão Crédito		2.413,74	106 Vale Transporte	52,39	111.1 Perda dias Ferias Indenizadas Vencidas + 1/3 + adicionais devido falta/susp.	1.074,70
111.11 Perda dias Ferias Indenizadas + 1/3 + adicionais devido falta/susp.		358,23	112.01 Previdência Social	86,09	112.02 Prev Social 13º Salário	81,86
114 Desconto Uniforme		118,00				
					TOTAL DEDUÇÕES	4.185,01
					VALOR LÍQUIDO	2.711,39

Tracy & Hunt

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO**EMPREGADOR**01 CNPJ/CEI
10.439.655/0001-1402 Razão Social/Nome
PHENIX SOLUCOES LTDA - MATRIZ**TRABALHADOR**10 PIS / PASEP
2368340296911 Nome
RHYANN FONSECA DUARTE

17 CTPS (nº, série, UF)

18 CPF
015.613.890-5619 Data de Nascimento
08/03/200320 Nome da Mãe
CAMILA FONSECA DUARTE**CONTRATO**22 Causa do Afastamento
Despedida sem justa causa, pelo empregador24 Data de Admissão
20/02/202425 Data do Aviso Prévio
12/05/202526 Data de Afastamento
13/06/202527 Cód. Afas.
SJ229 Pensão Alimentícia (%) FGTS
0,00 %30 Categoria do Trabalhador
01 - Empregado31 Código Sindical
999.000.000.00000-332 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
37.115.367/0024-57 SINDICATO 01 RS

Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo nº 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 2.711,39, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT nº 15/2010.

Fica ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

de

de

10.439.655/0001-14
FARIS ENRIQUES
PEDRO REGINALDO DE ALBERNAZ

150 Assinatura do Empregador ou Representante

151 Assinatura do trabalhador

RHYANN FONSECA DUARTE

152 Assinatura do responsável legal do trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas:

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).

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
Requerimento de Seguro-Desemprego - SD

1 7825360563

NOME		RHYANN FONSECA DUARTE	
NOME DA MÃE		CAMILA FONSECA DUARTE	
LOGRADOURO		MAURO MENDES TOTTA	
COMPLEMENTO DO ENDEREÇO		PRINCIPAL	
BARRIO		CEP	92990-000
UF		RS	5
DDD		51	TELEFONE
00000000		1178	
CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF)		7	
156138		015.613.890-56	
9056		RS	
DATA NASCIMENTO		08/03/2003	
9		SEXO	
M		10	
GRADUACÃO		7 - ENS. MEDIO COMPLETO	
11		DOMICÍLIO BANCÁRIO	
10.439.655/0001-14		10.439.655/0001-14	
TPO INSCRIÇÃO		CNPJ	
13		NÚMERO DA INSCRIÇÃO	
10.439.655/0001-14		10.439.655/0001-14	
DATA ADMISSÃO		20/02/2024	
15		DATA DISPENSA	
13/06/2025		16	
AVISO PRÉVIO INDENIZADO		Não	
17		MESES TRABALHADOS NA EMPRESA	
15		15	
MÊS		ANTEPENÚLTIMO SALÁRIO	
R\$ 2.489,79		MÊS	
PENÚLTIMO SALÁRIO		R\$ 2.425,36	
MÊS		ÚLTIMO SALÁRIO	
R\$ 2.504,17		SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS	
20		CBO	
3131-30		OCUPAÇÃO	
Técnico eletricista		FEDERACÃO DE ALBERNAZ	
CNPJ 10.439.655/0001-14		FABRIL DE ALBERNAZ	

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DO REQUERIMENTO	CÓDIGO DA DESPESA	RECEBEU SALÁRIO EM CADA UM DOS ÚLTIMOS SEIS MESES
23/06/2025		
MOTIVO DO CANCELAMENTO	NÚMERO DO POSTO	INSC. AUTORIZADA

Empregador(es) dos últimos 36 meses em ordem decrescente (ver quadro 21 instruções do Anexo I)

TPO INSCRIÇÃO	NÚMERO DA INSCRIÇÃO	DATA ADMISSÃO	DATA SUSPENSÃO/DEMISSÃO	CONTADO
CNPJ	10.439.655/0001-14	20/02/2024	13/06/2025	Sim

SOMA TOTAL DE MESES 15

ASSINATURA DO

DECLARAÇÃO DO TRABALHADOR

Declaro, sob pena prevista na legislação, que as informações prestadas são verdadeiras.

Declaro também que não estou empregado e não vou trabalhar em nenhuma outra empresa enquanto estiver recebendo Seguro-Desemprego.

Declaro que não possuo renda proveniente de qualquer natureza suficiente à manutenção pessoal e da minha família.

Declaro que não recebo benefício de prestação continuada da Previdência Social, exceto o auxílio-acidente a pedido por morte.

Declaro ainda que a minha, sem justificativa, de emprego compatível com a ocupação e salário anterior não será o meu benefício.

Declaro que não tenho conhecimento de nenhuma outra pessoa que esteja recebendo o benefício a meu nome.

Declaro que não tenho conhecimento de nenhuma outra pessoa que esteja recebendo o benefício a meu nome.

Declaro que não tenho conhecimento de nenhuma outra pessoa que esteja recebendo o benefício a meu nome.

Declaro que as informações acima citadas são verdadeiras.

POLEGAR DIREITO

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO TRABALHADOR

1ª via: Posto Atendimento MTE



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Comunicação de Dispensa - CD

1 7825360563

NOME		RHYANN FONSECA DUARTE									
NOME DA MÃE		CAMILA FONSECA DUARTE									
LOGRADOURO		MAURO MENDES TOTTA									
COMPLEMENTO DO ENDEREÇO		BAIRRO		CEP		UF		DDD		TELEFONE	
PRINCIPAL -				92990-000		RS		5		00000000	
C/PS (NÚMERO, SÉRIE, UF)		7		CPF							
156138		9056		RS		015.613.890-56					
DATA NASCIMENTO		9		SEXO		10		GRAU DE INSTRUÇÃO		11	
08/03/2003		M				7 - ENS. MEDIO COMPLETO					
TIPO INSCRIÇÃO		13		NÚMERO DA INSCRIÇÃO							
CNPJ				10.439.655/0001-14							
DATA ADMISSÃO		15		DATA DISPENSA		16		AVISO PRÉVIO INDENIZADO		17	
20/02/2024		13/05/2025		Não		15		MESES TRABALHADOS NA EMPRESA			
MÊS		ANTEPENÚLTIMO SALÁRIO		MÊS		PENÚLTIMO SALÁRIO		MÊS		ÚLTIMO SALÁRIO	
		R\$ 2.499,79				R\$ 2.425,38				R\$ 2.504,17	
SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS		20		CBO		OCUPAÇÃO					
		3131-30		Técnico eletricista							

2ª via: Trabalhador

RESERVAÇÃO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO	
DATA DO REQUERIMENTO	CÓDIGO DA DISPENSA
23/06/2025	
MOTIVO DO CANCELAMENTO	
NÚMERO DO POSTO	
ASSINATURA DO AGENTE	

PEDRO REGINALDO DE ALBERNAZ
FARIA E FAGUNDES
CNPJ: 10.439.655/0001-14

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

DESTACAR (Protocolo do Empregador)

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
Comunicação de Dispensa - CD

7825360563

CPF		015.613.890-56	
NOME		RHYANN FONSECA DUARTE	
RECEBI DE (firma ou razão) PEDRO REGINALDO DE ALBERNAZ FARIA E FAGUNDES LTDA		2 (DUAS) VIAS DO REQUERIMENTO FORMAL DO BENEFÍCIO DO SEGURO-DESEMPREGO.	
LOCAL E DATA		POLEGAR DIREITO	
		ASSINATURA DO TRABALHADOR	