

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, nº, andar, 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 13115880692		11 Nome ALVARO VINICIUS LIMA DE SOUZA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua Borborema, 243					13 Bairro Vila Joao Pessoa
14 Município PORTO ALEGRE		15 UF RS	16 CEP 91520-030	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF 029.018.470-30
19 Data de Nascimento 12/08/1992		20 Nome da Mãe TANIA MARIA PINHEIRO DE LIMA			

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\$ 1.719,72	24 Data de Admissão 10/10/2024	25 Data do Aviso Prévio 11/09/2025	26 Data de Afastamento 13/10/2025	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 999.999.999.00000-3	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 37.115.357/0024-57 SINDICATO 01 RS			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Aviso Previo Trabalhado	716,55	53 Adicional de Insalubridade 20 %	143,31	53.01 Insalubridade 13º Salário - RESC	248,03
53.02 Insalubridade Ferias - RESC	330,71	55.1 Media Hora Extra Ferias - RESC	20,46	63 13º Salário Proporcional 9/12 avos	1.240,19
67 Férias Vencidas - RESC	1.653,58	68 Terço Constituc. de Férias	661,43		
				TOTAL BRUTO	5.014,26

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
106 Vale Transporte	42,99	108 Vale Alimentação	48,30	111,11 Perda dias Férias Indenizadas + 1/3 + adicionais devido falta/susp.	2.204,77
112.01 Previdência Social	66,02	112.02 Prev Social 13º Salário	111,61	113 Desconto e Consignado RESC Empréstimo	221,61
				TOTAL DEDUÇÕES	2.695,30
				VALOR LÍQUIDO	2.318,96

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO**EMPREGADOR**

01 CNPJ/CEI
10.439.655/0001-14

02 Razão Social/Nome
PHENIX SOLUCOES LTDA - MATRIZ

TRABALHADOR

10 PIS / PASEP
13115880692

11 Nome
ALVARO VINICIOS LIMA DE SOUZA

17 CTPS (nº, série, UF)

18 CPF
029.018.470-30

19 Data de Nascimento
12/08/1992

20 Nome da Mãe
TANIA MARIA PINHEIRO DE LIMA

CONTRATO

22 Causa do Afastamento
Despedida sem justa causa, pelo empregador

24 Data de Admissão
10/10/2024

25 Data do Aviso Prévio
11/09/2025

26 Data de Afastamento
13/10/2025

27 Cód. Afas.
S32

29 Pensão Alimentícia (%) 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
37.115.367/0024-57 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\$ 2.318,96, 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

PHENIX SOLUCOES LTDA
CNPJ 10.439.655/0001-14

150 Assinatura do Empregador ou Preposto

151 Assinatura do trabalhador

ALVARO VINICIOS LIMA DE SOUZA

152 Assinatura do responsável legal do trabalhador

153 Código 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

7829148836

2	NOME ALVARO VINICIOS LIMA DE SOUZA										
3	NOME DA MÃE TANIA MARIA PINHEIRO DE LIMA										
4	LOGRADOURO BORBOREMA								NÚMERO 243		
COMPLEMENTO DO ENDEREÇO				BAIRRO		CEP 91520-030	UF RS	5	DDD 51	TELEFONE 00000000	
6	CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF) 290184 7030 RS			7	CPF 029.018.470-30						
8	DATA NASCIMENTO 12/08/1992		9	SEXO M	10	GRAU DE INSTRUÇÃO 7 - ENS. MEDIO COMPLETO		11	DOMICÍLIO BANCÁRIO		
12	TIPO INSCRIÇÃO CNPJ		13	NÚMERO DA INSCRIÇÃO 10.439.655/0001-14							
10.439.655/0001-14 EMPRESA REGISTRADA: PHENIX SOLUÇÕES LTDA RUA ALVARO, 220 FLS CEP: 91520-030 CNPJ: 10.439.655/0001-14											
14	DATA ADMISSÃO 10/10/2024		15	DATA DISPENSA 13/10/2025		16	AVISO PREVIO INDENIZADO Não		17	MESES TRABALHADOS NA EMPRESA 12	
18	MÊS	ANTEPENÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.896,11		MÊS	PENÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.807,91		MÊS	ÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.719,72			
19	SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS				20	CBO 5143-10					
						OCUPAÇÃO Auxiliar de manutenção predial					

PHENIX SOLUÇÕES LTDA
CNPJ: 10.439.655/0001-14

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DO REQUERIMENTO 23/10/2025		CÓDIGO DA DISPENSA		RECEBEU SALÁRIO EM CADA UM DOS ÚLTIMOS SEIS MESES	
MOTIVO DO CANCELAMENTO				NÚMERO DO POSTO	
				INSC. AUTORIZADA	

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

TIPO INSCRIÇÃO	NÚMERO DA INSCRIÇÃO	DATA ADMISSÃO	DATA SUSPENSÃO/DEMISSÃO	CONTADO
CNPJ	10.439.655/0001-14	10/10/2024	13/10/2025	Sim

SOMA TOTAL DE MESES
12

ASSINATURA DO

DECLARAÇÃO DO TRABALHADOR

Declaro, sob penas previstas na legislação, que as informações prestadas são verdadeiras:

- fui dispensado sem justa causa, estou desempregado e não vou voltar a trabalhar enquanto estiver recebendo Seguro-Desemprego;
- não possuo renda própria de qualquer natureza suficiente à manutenção pessoal e da minha família;
- não estou em gozo de benefício de prestação continuada da Previdência Social, exceto o auxílio-acidente e pensão por morte;
- estou certo que a recusa, sem justificativa, de emprego compatível com a ocupação a salários anteriores cancelará o meu benefício;
- conheço as condições para receber o benefício e em caso de recebimento indico comprometo-me a devolvê-lo ao FAP;
- as informações acima citadas são verdadeiras.

POSSUIR DIREITO

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO TRABALHADOR

1ª via: Posto Atendimento MTE



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Comunicação de Dispensa - CD

1 7829148836

2	NOME ALVARO VINICIOS LIMA DE SOUZA									
3	NOME DA MÃE TANIA MARIA PINHEIRO DE LIMA									
4	LOGRADOURO BORBOREMA							NÚMERO 243		
COMPLEMENTO DO ENDEREÇO				BARRIO		CEP 91520-030	UF RS	5	DDD 51	TELEFONE 00000000
6	CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF) 290184 7030 RS		7 CPF 029.018.470-30							
8	DATA NASCIMENTO 12/08/1992		9 SEXO M	10 GRAU DE INSTRUÇÃO 7 - ENS. MEDIO COMPLETO	11 DOMICÍLIO BANCÁRIO		10.439.655/0001-14 PEDRO REGINALDO DE ALBERNAZ FARIA E FAGUNDES LTDA RUA HENRIQUE COSTA CENTRO 91100-000			
12	TIPO INSCRIÇÃO CNPJ		13 NÚMERO DA INSCRIÇÃO 10.439.655/0001-14							
14	DATA ADMISSÃO 10/10/2024		15	DATA DISPENSA 13/10/2025		16	AVISO PRÉVIO INDENIZADO Não		17 MESES TRABALHADOS NA EMPRESA 12	
18	MÊS ANTEPENÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.896,11		MÊS PENÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.807,91		MÊS ÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.719,72					
19	SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS			20	CBO 5143-10		OCUPAÇÃO Auxiliar de manutenção predial			

2ª via: Trabalhador

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO	
DATA DO REQUERIMENTO 23/10/2025	CODIGO DA DISPENSA
MOTIVO DO CANCELAMENTO	
NÚMERO DO POSTO	
ASSINATURA DO AGENTE	

PHENIX SOLUÇÕES LTDA
CNPJ: 10.439.655/0001-14

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

DESTACAR (Protocolo do Empregador)

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
Comunicação de Dispensa - CD

7829148836

CPF 029.018.470-30	
NOME ALVARO VINICIOS LIMA DE SOUZA	
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



ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

ID: 1115236
REQ: 1168158

Matriz: Rua Santo Amaro, 316 - Centro | Esteio-RS

Unidades: Porto Alegre-RS, Canoas-RS, Triunfo-RS, Rio Grande-RS, Sapucaia do Sul-RS, Gravataí-RS

Empresa:

Razão social: PEDRO REGINALDO DE ALBERNAZ FARIA E FAGUNDES LTDA

CNPJ: 10.439.655/0001-14

Frente de Trabalho: Matriz

Bairro: CENTRO Cidade / UF: RIO GRANDE / RS CEP: 96201560 Rua: R ALVARO COSTA, 14

Funcionário

Nome: Alvaro Vinícios Lima De Souza

CPF: 029.018.470-30 RG: 1109018761

Data de Nascimento: 12/08/1992

Sector: Operacional

GHE: 02 Função: Auxiliar de Servente

Exame: Demissional



QR Code anti-fraude

Em cumprimento as portarias NºS 3214/78, 3164/82, 12/83, 24/94 e 08/96 NR7 do ministério do trabalho e emprego.

Médico Responsável do PCMSO

Nome: Alberto Luiz Albrecht Minõ

Crn: 9345

Endereço: Rua João Alfredo, 435 - Bairro: Centro - Rio Grande

Telefone: -

Riscos

Acidentes: Não há Exposição a Riscos

Avaliação Clínica e Exames Realizados

16/10/2025 Exame Clínico

Parecer para a função

(X) Apto () Inapto

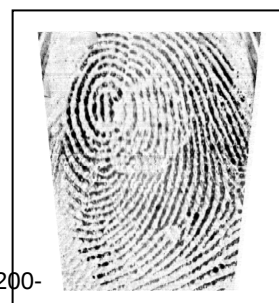
Observação:

Declaro ter recebido cópia deste atestado

16/10/2025


Dr. Arthur Gomes de Venuto
CRM:53642

Assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-
2/2001



Assinado
biometricamente
16/10/2025 13:28:34
01804ecf

Dr(a). Arthur Gomes de Venuto

Biometria de Alvaro Vinícios Lima De Souza

Declaração

Eu, Alvaro Vinícios Lima De Souza, inscrito(a) no CPF nº 029.018.470-30, declaro que, na data de 16/10/2025, fui devidamente informado(a) sobre a coleta da minha assinatura biométrica realizada pela clínica GSO Medicina Ocupacional.

Confirmo que recebi uma cópia dos resultados dos exames realizados, bem como da minha ficha clínica. Autorizo a empresa contratante PEDRO REGINALDO DE ALBERNAZ FARIA E FAGUNDES LTDA a receber os resultados dos exames realizados nesta data.

Declaro, ainda, estar de acordo com o tratamento dos meus dados biométricos pela clínica GSO Medicina Ocupacional, exclusivamente para os fins mencionados, e estou ciente dos meus direitos como titular de dados pessoais, nos termos da Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).



Testemunha: Natália Soares



Alvaro Vinícios Lima De Souza



Assinado
biometricamente
16/10/2025 13:28:34
01804ecf

Biometria de Alvaro Vinícios Lima De Souza