

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI 10.439.655/0001-14	02 Razão Social/Nome PEDRO REGINALDO DE ALBERNAZ FARIA E FAGUNDES 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 7830-2/00	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra 92.967.595/0001-77 (0103)

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS / PASEP 12996825677	11 Nome HEITOR MADALOSSO FERNANDES			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RUA ENG SADI CASTRO, 891, BL A AP 00602				13 Bairro SARANDI
14 Município PORTO ALEGRE	15 UF RS	16 CEP 91130-060	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF 008.947.750-22
19 Data de Nascimento 24/06/1985	20 Nome da Mãe MARLENE MADALOSSO FERNANDES			

DADOS DO CONTRATO

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\$ 2.933,33	24 Data de Admissão 21/10/2020	25 Data do Aviso Prévio 07/05/2021	26 Data de Afastamento 05/06/2021	27 Cód. Afastamento SJ2
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 37.115.367/0027-08 :MTE			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Aviso Prévio Trabalhado	488,89	63 13º Salário Proporcional 5/12 avos	1.222,22	65 Férias Proporcionais - RESC	1.955,55
68 Terço Constituc. de Férias	651,85				
				TOTAL BRUTO	4.318,51

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
109 Reembolso do Vale Alimentação	191,10	112.01 Previdência Social	36,66	112.02 Prev Social 13º Salário	93,49
				TOTAL DEDUÇÕES	321,25
				VALOR LÍQUIDO	3.997,26

TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI
10.439.655/0001-14

02 Razão Social/Nome
PEDRO REGINALDO DE ALBERNAZ FARIA E FAGUNDES LTDA - MATRIZ

TRABALHADOR

10 PIS / PASEP
12996825677

11 Nome
HEITOR MADALOSSO FERNANDES

17 CTPS (nº, série, UF)

18 CPF
008.947.750-22

19 Data de Nascimento
24/06/1985

20 Nome da Mãe
MARLENE MADALOSSO FERNANDES

CONTRATO

22 Causa do Afastamento
Despedida sem justa causa, pelo empregador

24 Data de Admissão
21/10/2020

25 Data do Aviso Prévio
07/05/2021

26 Data de Afastamento
05/06/2021

27 Cód. Afas.
SJ2

29 Pensão Alimentícia (%) FGTS
0,00 %

30 Categoria do Trabalhador
01 - Empregado

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\$ 3.997,26, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

/ , de

de

150 Assinatura do Empregador ou Preposto

151 Assinatura do trabalhador

152 Assinatura do responsável legal do trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

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).

DESTACAR (Protocolo do Empregador)



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
Comunicação de Dispensa -

7783762913

PIS/PASEP

129.96825.67-7

NOME

HEITOR MADALOSSO FERNANDES

RECEBI DE (firma ou

2(DUAS) VIAS DO REQUERIMENTO FORMAL DO BENEFÍCIO DO SEGURO-DESEMPREGO.

POLEGAR DIREITO

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO TRABALHADOR



MEDICINA DO TRABALHO E SAÚDE OCUPACIONAL

Médico Responsável:

Dr. Francisco Morelli

CRM/RS 10512

Registro no Ministério do Trabalho 18472

não necessariamente incluso no CMSO PARA

CNES 9418911

Nº 411739

Rua Vigário José Inácio, 368 1º andar

CEP 90020-110

Porto Alegre - Rio Grande do Sul

Fone: (51) 3023.5273 / WhatsApp: (51) 99337.8423

medicosdotrabalho@gmail.com

www.medicosdotrabalho.com.br

Horário: 8:00 ÀS 17h00

Abrimos ao meio-dia

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)

CNPJ/CEI/CPF: 10.439.655/0001-14

PEDRO REGINALDO DE ALBERNAZ FARIA E FAGUNDES LTDA

Empregador:

HEITOR MADALOSSO FERNANDES

Nome do Empregado:

24/06/1985

RG 9064816847 / CPF 008.947.750-22

Data de Nascimento:

Identificação:

☐ Admissional

☐ Retorno do Trabalho

☐ Mudança de Função

☐ Periódico

☒ Demissional

☒ Apto

Para a função de:
ENGENHEIRO CIVIL

Inapto ☐

Riscos ocupacionais e exames complementares

RISCO OCUPACIONAL

☒ - ERGONÔMICO

☒ - FÍSICO - *sonho, ruído, queda de objetos*

☐ - QUÍMICO -

☐ - BIOLÓGICO -

☐ - SEM RISCO

Declaro que as informações prestadas ao médico são verdadeiras e que recebi a 2ª via do Atestado de Saúde Ocupacional.

Porto Alegre,

28/05/2021

Heitor M. Fernandes

Assinatura do Empregado

Murilo T. Tiecher
MÉDICO
CRM/RS 42437

Médico Examinador

R