

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, n°, 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 12385315825	11 Nome ARTUR DE BORBA MALLET			
12 Endereço (logradouro, n°, andar, apartamento) Avenida Wenceslau Escobar, 1086				13 Bairro Tristeza
14 Município PORTO ALEGRE	15 UF RS	16 CEP 91920-455	17 CTPS (n°, série, UF)	18 CPF 477.863.100-53
19 Data de Nascimento 21/09/1964	20 Nome da Mãe LEA MARIA DE BORBA MALLET			

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\$ 3.472,00	24 Data de Admissão 20/05/2021	25 Data do Aviso Prévio 16/10/2023	26 Data de Afastamento 20/11/2023	27 Cód. Afastamento S32
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 37.115.367/0009-18 M.T.E			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Aviso Prévio Trabalhado	2.314,67	63 13º Salário Proporcional 11/12 avos	3.182,67	65 Férias Proporcionais - RESC	1.736,00
67 Férias Vencidas - RESC	3.472,00	68 Terço Constituc. de Férias	1.736,00	70 Média Horas Extras 13º Salário - RESC	3.082,16
71 Média Horas Extras Férias - RESC	3.410,21				
				TOTAL BRUTO	18.933,71

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
110 Desc. 2hr extras iniciais que deveriam ser pagas a 50%	9.655,06	112.01 Previdência Social	627,39	112.02 Prev Social 13º Salário	702,98
114.01 IRRF	125,02				
				TOTAL DEDUÇÕES	11.110,45
				VALOR LÍQUIDO	7.823,26

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
12385315825

11 Nome
ARTUR DE BORBA MALLET

17 CTPS (nº, série, UF)

18 CPF
477.863.100-53

19 Data de Nascimento
21/09/1964

20 Nome da Mãe
LEA MARIA DE BORBA MALLET

CONTRATO

22 Causa do Afastamento
Despedida sem justa causa, pelo empregador

24 Data de Admissão
20/05/2021

25 Data do Aviso Prévio
16/10/2023

26 Data de Afastamento
20/11/2023

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 n.º 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

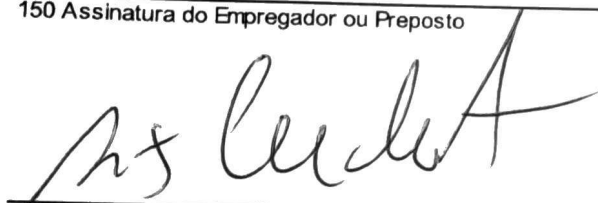
No dia 30/11/2023 foi realizado, nos termos do art. 23 da Instrução Normativa/SRT nº 15/2010, o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ 7.823,26, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Quitação.

(Pagamento efetuado através de depósito em banco)


Pedro Reginaldo de A. Faria
427.408 000-53

de

150 Assinatura do Empregador ou Preposto



151 Assinatura do trabalhador

ARTUR DE BORBA MALLET

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).

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

7808143652

2	NOME	ARTUR DE BORBA MALLET			
3	NOME DA MÃE	LEA MARIA DE BORBA MALLET			
4	ENDEREÇO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC)	WENCESLAU ESCOBAR			
COMPLEMENTO DO ENDEREÇO		CEP	UF	DDD	TELEFONE
		91920-455	RS	00	00000000
5	PIS/PASEP	6	CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF)	7	CPF
123.85315.82-5		4778631	53 RS		477.863.100-53
8	DATA NASCIMENTO	9	SEXO	10	GRAU DE INSTRUÇÃO
21/09/1964		M		9 - SUPERIOR COMPLETO	
2	TIPO INSCRIÇÃO	13	CNPJ OU CEI(INSS)	11	DOMICÍLIO BANCÁRIO
CNPJ		10.439.655/0001-14			
10.439.655/0001-14 PEDRO REGINALDO DE ALBERNAZ FARIA E FÁBIO LIMA LTDA RUA ALVARO COSTA CENTRO RS					
4	DATA ADMISSÃO	15	DATA DISPENSA	16	AVISO PRÉVIO INDENIZADO
20/05/2021		20/11/2023		Não	
8	MÊS	17	MESES TRABALHADOS NA EMPRESA	18	ÚLTIMO SALÁRIO
ANTEPENÚLTIMO		30		R\$ 3.472,00	
9	SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS	20	CBO	21	OCUPAÇÃO
		2142-05		Engenheiro civil	

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DO REQUERIMENTO	CÓDIGO DA DISPENSA	RECEBEU SALÁRIO EM CADA UM DOS ÚLTIMOS SEIS MESES
30/11/2023		
MOTIVO DO CANCELAMENTO	NÚMERO DO POSTO	INSC. AUTORIZADA

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

TIPO INSCRIÇÃO	CNPJ ou CEI da Empresa	DATA ADMISSÃO	DATA SUSPENSÃO/DEMISSÃO	CONTADO
CNPJ	10.439.655/0001-14	20/05/2021	20/11/2023	Sim

SOMA TOTAL DE MESES 30

ASSINATURA DO AGENTE

DECLARAÇÃO DO TRABALHADOR

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

- I - fui dispensado sem justa causa, estou desempregado e caso eu venha a conseguir outro emprego enquanto estiver recebendo Seguro-Desemprego, avisarei a um Posto de Atendimento do Seguro-Desemprego;
- II - não possuo renda própria de qualquer natureza suficiente à manutenção pessoal e da minha família;
- III - não estou em gozo de benefício de prestação continuada da Previdência Social, exceto o auxílio-acidente e pensão por morte;
- IV - estou ciente que a recusa, sem justificativa, de emprego compatível com a ocupação a salário anterior cancelará o meu benefício;
- V - conheço as condições para receber o benefício e em caso de recebimento indevido comprometo-me a devolvê-lo ao FAT;
- VI - as informações acima citadas são verdadeiras.

PONTO MEU 5/12/23

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO TRABALHADOR

POLEGAR DIREITO

1ª via: Posto Atendimento MTE



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Comunicação de Dispensa - CD

7808143652

2	NOME ARTUR DE BORBA MALLET										
3	NOME DA MÃE LEA MARIA DE BORBA MALLET										
4	ENDEREÇO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC) WENCESLAU ESCOBAR										
COMPLEMENTO DO ENDEREÇO					CEP 91920-455	UF RS	DDD 00	TELEFONE 00000000			
5	PIS/PASEP 123.85315.82-5		6	CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF) 4778631 53 RS		7	CPF 477.863.100-53				
8	DATA NASCIMENTO 21/09/1964		9	SEXO M	10	GRAU DE INSTRUÇÃO 9 - SUPERIOR COMPLETO		11	DOMICÍLIO BANCÁRIO		
12	TIPO INSCRIÇÃO CNPJ		13	CNPJ OU CEI(INS) 10.439.655/0001-14		10.439.655/0001-14 PEDRO REGINALDO DE ALBERNAZ FARIA E FALUNDES LTDA RUA ALVARO COSTA CENTRO - RS 91201-900					
14	DATA ADMISSÃO 20/05/2021		15	DATA DISPENSA 20/11/2023		16	AVISO PRÉVIO INDENIZADO Não		17	MESES TRABALHADOS NA EMPRESA 30	
18	MÊS R\$ 3.472,00		MÊS R\$ 3.472,00		MÊS R\$ 3.472,00		MÊS R\$ 3.472,00		MÊS R\$ 3.472,00		
19	SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS		20	CBO 2142-05	OCUPAÇÃO Engenheiro civil						

2ª via: Trabalhador

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO	
DATA DO REQUERIMENTO 30/11/2023	CÓDIGO DA DISPENSA
MOTIVO DO CANCELAMENTO	
NÚMERO DO POSTO	
ASSINATURA DO AGENTE	

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

DESTACAR (Protocolo do Empregador)

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
Comunicação de Dispensa -

7808143652

PIS/PASEP
123.85315.82-5NOME
ARTUR DE BORBA MALLET

RECEBI DE (firma ou

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

Pelo Agente 05/12/23
LOCAL E DATAPOLEGAR DIREITO
ASSINATURA DO TRABALHADOR

MEDICINA DO TRABALHO E SAÚDE OCUPACIONAL

Médico Responsável:

Dr. Francisco Morelli

CRM/RS 10512

Registrado no MT 18472

não necessariamente incluso PCMSO e PPRA

CNES 9418911

Nº 441292

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:

ARTUR DE BORBA MALLETT

Nome do Empregado:

21/09/1964

Data de Nascimento:

Identificação: RG 3015196177 / CPF 477.863.100-53

☐ Admissional

☐ Retorno do Trabalho

☐ Mudança de Função

☐ Periódico

☒ Demissional

☒ Apto

Para a função de: ENGENHEIRO

Inapto ☐

Riscos ocupacionais e exames complementares

Risco Ergonômico
(Postura inadequada, repetitividade,
estresse e esforço físico).

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

Assinatura do Empregado

Porto Alegre, 29/11/2023

Eduarda M. Medeiros

Médica

CRM-RS 50748

Médico Examinador

A