



# Solicitação de Rescisão de Contratação CLT SICONV

Matrícula



Carimbo de Recebimento

Carimbo de Análise

Nome \*

CPF \*

Cargo/Função \*

Nome do Coordenador \*

Programa \*

N ° do Projeto/ Fundo \*

Telefone do Projeto/ Fundo \*

E-mail do Projeto/ Fundo \*

Data de Contratação \*

Aviso Trabalhado \*

Sim  Não

 até 

Redução da Jornada de 7 dias

Redução de 2 horas diárias

Justificativa \*

Aviso Indenizado \*

Sim  Não

Dispensa no Período de Experiência \*

Sim  Não

Pedido de Demissão \*

Sim  Não

Celetista

Coordenador

Local e Data

\* Preenchimento Obrigatório  
 › Os campos em cinza são preenchidos pela Fundação COPPETEC  
 › \* CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho



# Solicitação de Rescisão de Contratação CLT SICONV

MODELO EM VIGOR A PARTIR DE 15/01/2019.

 medline Health Systems	<b>Formulário para solicitação de Perfil Profissiográfico Previdenciário</b>	<b>COPPETEC</b>
DEPTO. TÉCNICO		REV. 005 – 01/2019

**PREZADO CLIENTE, ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER TOTALMENTE PREENCHIDO PELO: DP / RH / SEG. TRABALHO.**

**CASO AS INFORMAÇÕES ESTEJAM INCOMPLETAS O PRAZO SERÁ EXTENDIDO.**

**NÃO SERÃO ACEITOS O ENVIO DE FORMULÁRIOS ANTIGOS APÓS ESTA DATA.**

<b>SOLICITADO POR</b>		<b>DATA</b>	
<b>EMPRESA</b>	FUNDAÇÃO COPPETEC	<b>CÓD. GFIP</b>	515
<b>NOME COMPLETO</b>		<b>SEXO</b>	M ( ) / F ( )
<b>PIS</b>		<b>DATA NASCIMENTO</b>	
<b>CTPS / SÉRIE / UF</b>		<b>CPF</b>	
<b>DATA ADMISSÃO</b>		<b>DATA DEMISSÃO</b>	
<b>CAT*</b>	( ) SIM ( ) NÃO (ESPÉCIE _____)	<b>NÚMERO CAT</b>	
<b>MOTIVO</b>	( ) DESLIGAMENTO ( ) APOSENTADORIA ( ) OUTROS DESCREVER:		
<b>ADICIONAL</b>	INSALUBRIDADE: ( ) 10% / ( ) 20% / ( ) 40% - PERICULOSIDADE ( )		
<b>DESCRIÇÃO DA FONTE ADICIONAL</b>			
<b>ANOTAÇÕES DIVERSAS</b>			

**15.9 - ATENDIMENTO AOS REQUISITOS DAS NR-06 E NR-09 DO MTE PELOS EPI INFORMADOS** **SIM / NÃO**

Foi tentada a implementação de medidas de proteção coletiva, de caráter administrativo ou de organização do trabalho, optando-se pelo Equipamento de Proteção Individual – EPI por inviabilidade técnica, insuficiência ou interinidade, ou ainda em caráter complementar ou emergencial.

Foram observadas as condições de funcionamento e do uso ininterrupto do EPI ao longo do tempo, conforme especificação técnica do fabricante, ajustada às condições de campo.

Foi observado o prazo de validade, conforme Certificado de Aprovação – C.A do MTE.

Foi observada a periodicidade de troca definida pelos programas ambientais, comprovada mediante recibo assinado pelo usuário em época própria.

Foi observada a higienização.

**DESCREVER ABAIXO, SETOR / FUNÇÃO / CBO E PERÍODO DE CADA FUNÇÃO, DESDE SUA ADMISSÃO ATÉ SEU DESLIGAMENTO. DESCREVA EM POUCAS PALAVRAS A ATIVIDADE LABORAL.**

SETOR / DEPTO.	FUNÇÃO	CBO	PERÍODO INICIAL	PERÍODO FINAL
			___/___/___	___/___/___
DESCRIÇÃO SUCINTA DA ATIVIDADE				

SETOR / DEPTO.	FUNÇÃO	CBO	PERÍODO INICIAL	PERÍODO FINAL
			___/___/___	___/___/___
DESCRIÇÃO SUCINTA DA ATIVIDADE				

SETOR / DEPTO.	FUNÇÃO	CBO	PERÍODO INICIAL	PERÍODO FINAL
			___/___/___	___/___/___
DESCRIÇÃO SUCINTA DA ATIVIDADE				

SETOR / DEPTO.	FUNÇÃO	CBO	PERÍODO INICIAL	PERÍODO FINAL
			___/___/___	___/___/___
DESCRIÇÃO SUCINTA DA ATIVIDADE				

**CONTROLE INTERNO MEDLINE**

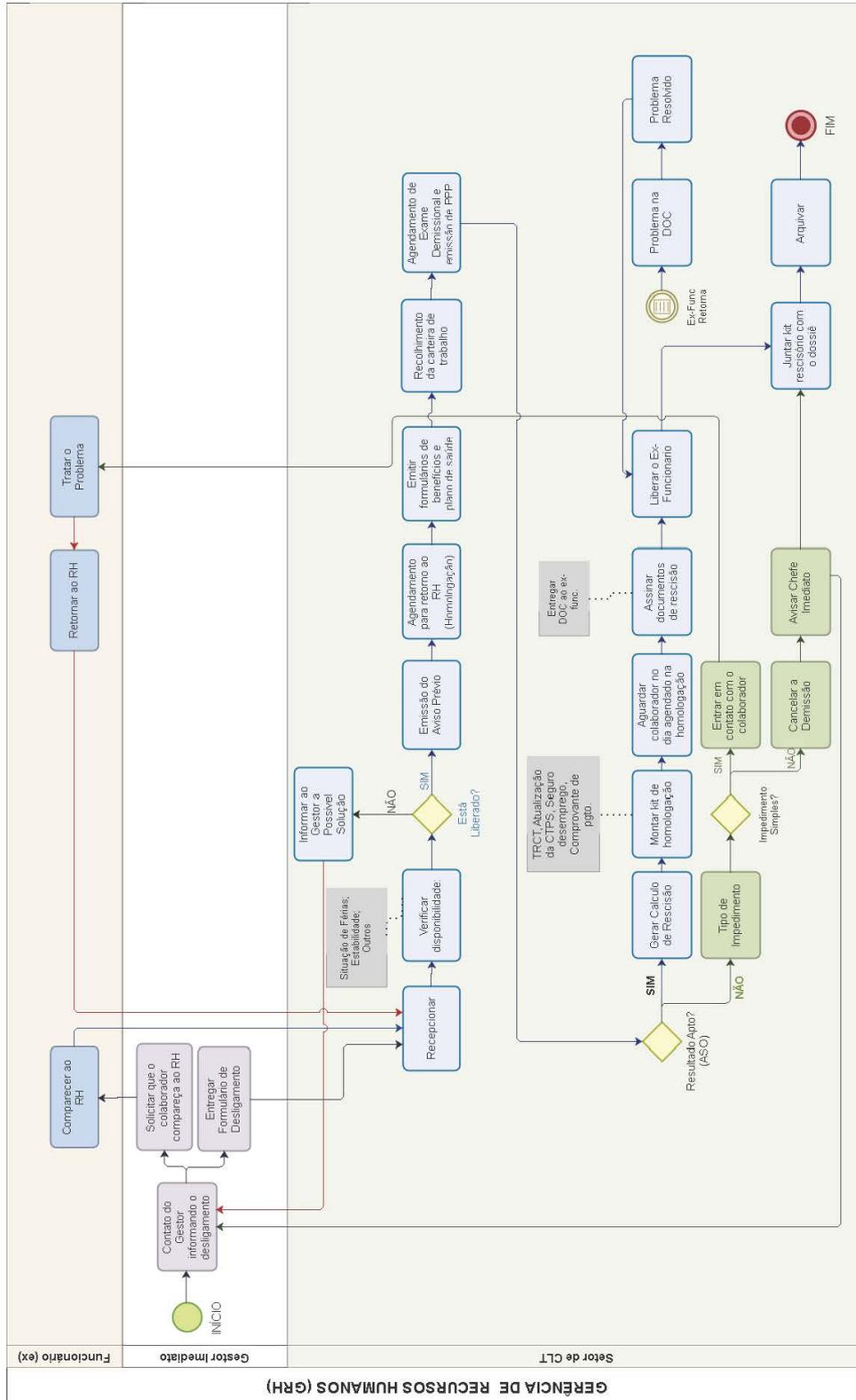
RECEBIDO	PENDÊNCIAS	SITUAÇÃO	ELABORADO	ENVIADO EM
/ /	( ) SIM ( ) NÃO			

\* Preenchimento Obrigatório  
 › Os campos em cinza são preenchidos pela Fundação COPPETEC  
 › \* CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho



# Solicitação de Rescisão de Contratação CLT SICONV

## Processo de Admissão de CLT



- \* Preenchimento Obrigatório
- › Os campos em cinza são preenchidos pela Fundação COPPETEC
- \* CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho