



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.

 HEALTH SYSTEMS	Formulário para solicitação de Perfil Profissiográfico Previdenciário	COPPETEC
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.**

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

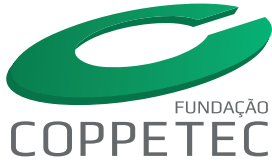
15.9 - ATENDIMENTO AOS REQUISITOS DAS NR-06 E NR-09 DO MTE PELOS EPI INFORMADOS	SIM / NÃO
Foi tentada a implementação de medidas de proteção coletiva, de caráter administrativo ou de organização do trabalho, optando-se pelo Equipamento de Proteção Individual – EPI por inviabilidade técnica, insuficiência 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				
			___/___/___	___/___/___
DESCRIÇÃO SUCINTA DA ATIVIDADE				
			___/___/___	___/___/___
DESCRIÇÃO SUCINTA DA ATIVIDADE				
			___/___/___	___/___/___
DESCRIÇÃO SUCINTA DA ATIVIDADE				

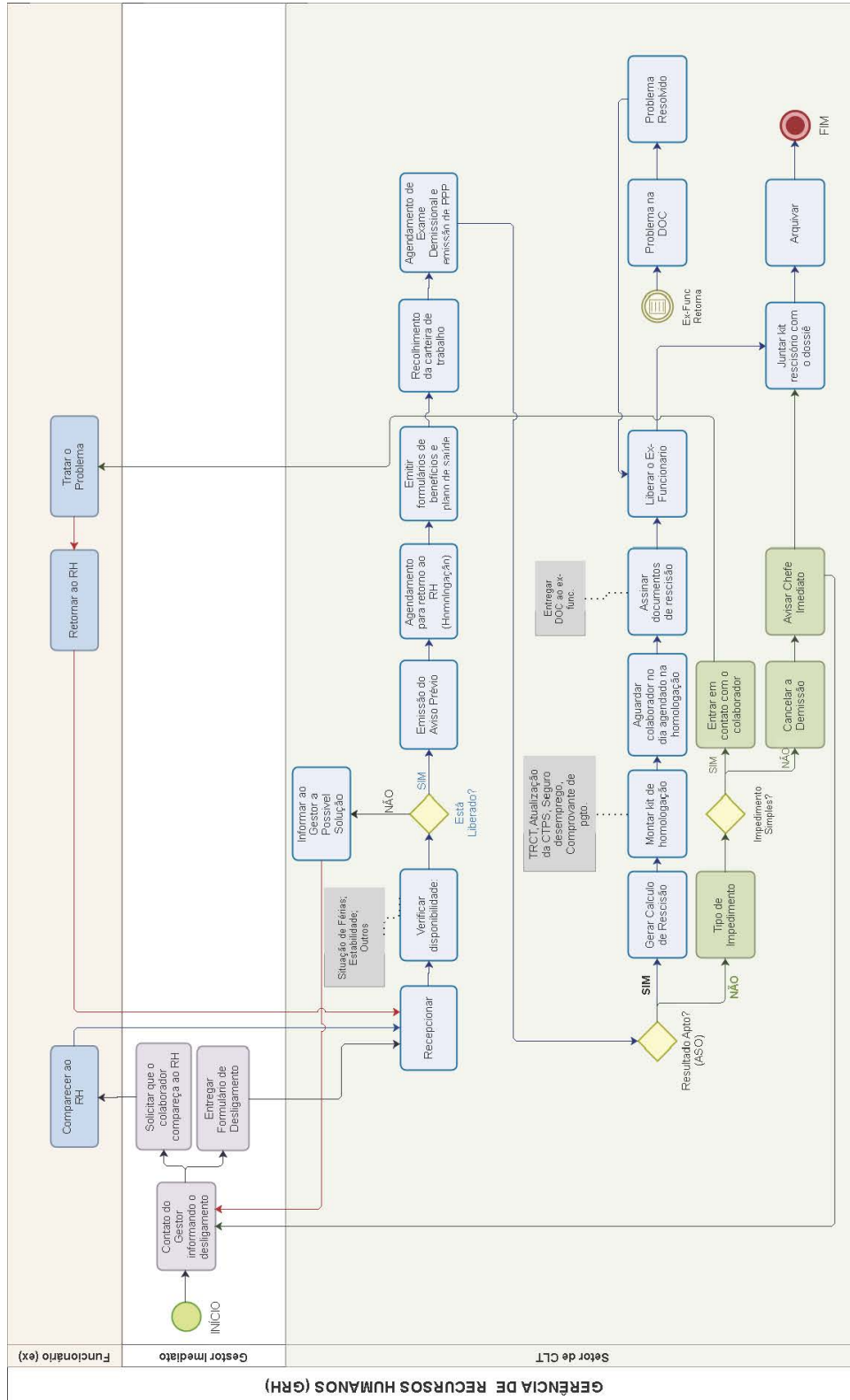
CONTROLE INTERNO MEDLINE				
RECEBIDO	PENDÊNCIAS	SITUAÇÃO	ELABORADO	ENVIADO EM
/ /	() SIM () NÃO			

* 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