

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI 42.869.657/0001-30	02 Razão Social/Nome XP LOCACAO DE MAO DE OBRA LTDA	04 Bairro JOAQUIM TAVORA
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) AVENIDA ANTONIO SALES, 1317 SALA 20		09 CNPJ/CEI Tomador/Obra 07.332.190/0012-46
05 Município Fortaleza	06 UF CE	07 CEP 60135-101
		08 CNAE 5212-5/00

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS PASEP 106.452.255-42	11 Nome PEDRO OLAVO OLIVEIRA	13 Bairro CARLOS JEREISSATI
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) RUA 113, 300		18 CPF 002.586.963-97
14 Município Maracanaú	15 UF CE	16 CEP 61936-130
		17 CTPS (nº, série, UF) 00000025869/06397 CE
19 Data de nascimento 08/05/1959	20 Nome da mãe ANTONIA ALDA DA SILVA	

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. 1.675,39	24 Data de admissão 16/09/2020	25 Data do Aviso Prévio 30/06/2026	26 Data de afastamento 14/08/2026	27 Cód. afastamento SJ2
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00%	29 Pens. alim.(%) FGTS 0,00%	30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado		
31 Código Sindical 000.000 00000-0	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 23 443 849/0001-35 - SEACONCE - SINDICATO DOS TRAB EM EMPRESAS DE ASSEIO E CONSE			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 14/dia(s) Salário (Líquido de _/falta(s) e DSR)	781,92	51 Comissões	0,00	52 Gratificação	0,00
53 Adic. de Insalubridade %	0,00	54 Adic. de Periculosidade %	0,00	55 Adic. Noturno _ Horas a_%	0,00
56.1 Horas Extras _ horas a_%	0,00	57 Gorjetas	0,00	58 Descanso Semanal Remunerado(DSR)	0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	0,00	60 Multa Art. 477, §8º/CLT	0,00	62 Salário-Família	0,00
63 13º Salário Proporcional 7/12 avos	996,71	64.1 13º Salário-Exerc. _ _/12 avos	0,00	65 Férias Proporc. 11/12 avos	1.566,26
66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	0,00	68 Terço Constituc. de Férias	522,09	69 Aviso Prévio Indenizado dias	0,00
70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	0,00	71 Férias (Aviso Prévio Indenizado)	0,00	95.1 Gratificação	50,25
99 Ajuste do Saldo Devedor	0,00				
				TOTAL BRUTO	3.917,23

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	0,00	101 Adiantamento Salarial	0,00	102 Adiantamento 13º Salário	0,00
103 Aviso Prévio Indenizado dias	0,00	112.1 Previdência Social	62,41	112.2 Prev. Social - 13º Salário	74,75
114.1 IRRF	0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	0,00	115.1 Refeição Fixa	1,50
				TOTAL DEDUÇÕES	138,66
				VALOR LÍQUIDO	3.778,57

TERMO DE QUITAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 42.869.657/0001-30		02 Razão Social/Nome XP LOCACAO DE MAO DE OBRA LTDA		
TRABALHADOR				
10 PIS / PASEP 108.452.255.42		11 Nome PEDRO OLAVO OLIVEIRA		
17 CTPS (nº, série, UF) 00000025869/06397 CE	18 CPF 002.586.963-97	19 Data de nascimento 08/05/1959	20 Nome da mãe ANTONIA ALDA DA SILVA	
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador				
24 Data de admissão 16/09/2020	25 Data do Aviso Prévio 30/06/2026	26 Data de afastamento 14/08/2026	27 Cód. Afast. SJ2	29 Pensão Alimentícia (%) FGTS 0,00%
30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado				

Foi realizada a rescisão do contrato do trabalhador acima qualificado, nos termos do artigo nº 477 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

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\$ 3.778,57, 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

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 7838619551

2	NOME PEDRO OLAVO OLIVEIRA										
3	NOME DA MÃE ANTONIA ALDA DA SILVA										
4	LOGRADOURO RUA 113										
COMPLEMENTO DO ENDEREÇO			BAIRRO			CEP 61936-130	UF CE	5	DDD 85	TELEFONE 85463696	
6	CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF) 25869 6397 CE		7	CPF 002.586.963-97							
8	DATA NASCIMENTO 08/05/1959		9	SEXO M		10	GRAU DE INSTRUÇÃO 5 - FUNDAMENTAL		11	DOMICÍLIO BANCÁRIO 42.869.657/0001-30 XP SERVIÇOS AV. DOM LUIS - LADO PAR - LADO PAR ALDEOTA 60160-196	
12	TIPO INSCRIÇÃO CNPJ		13	NÚMERO DA INSCRIÇÃO 42.869.657/0001-30							

14	DATA ADMISSÃO 16/09/2020		15	DATA DISPENSA 14/08/2026		16	AVISO PRÉVIO INDENIZADO Não		17	MESES TRABALHADOS NA EMPRESA 71	
18	MÊS ANTEPENÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.675,55		MÊS PENÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.675,55		MÊS ÚLTIMO SALÁRIO R\$ 1.675,39						
19	SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS		20	CBO 7832-15		OCUPAÇÃO Carregador (veículos de transportes terrestres)					

INTERMEDIAR SERVIÇOS

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DO REQUERIMENTO 17/08/2026	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	42.869.657/0001-30	16/09/2020	14/08/2026	Sim

SOMA TOTAL DE MESES 71

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 caso eu venha a conseguir outro emprego enquanto estiver recebendo Seguro-Desemprego, avisarei a um Posto de Atendimento do 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 ciente que a recusa, sem justificativa, de emprego compatível com a ocupação a salário anterior cancelará o meu benefício;
- conheço as condições para receber o benefício e em caso de recebimento indevido comprometo-me a devolvê-lo ao FAT;
- as informações acima citadas são verdadeiras.

POLEGAR DIREITO

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO TRABALHADOR

1ª via: Posto Atendimento MTE