

SOLICITAÇÃO DE RESCISÃO

EMPRESA:

NOME DO FUNCIONÁRIO:

DATA DE ADMISSÃO:

ÚLTIMO DIA TRABALHADO:

DATA DO AVISO PRÉVIO:

DATA DA BAIXA (SÁIDA):

- () DISPENSA SEM JUSTA CAUSA, COM AVISO INDENIZADO.
() DISPENSA SEM JUSTA CAUSA, COM AVISO TRABALHADO.
() DISPENSA SEM JUSTA CAUSA, NO CONTRATO DE EXPERIENCIA.
() DISPENSA COM JUSTA CAUSA.
() PEDIDO DE DEMISSÃO, CUMPRINDO AVISO.
() PEDIDO DE DEMISSÃO, NÃO CUMPRINDO AVISO E SEM DESCONTA-LO
() PEDIDO DE DEMISSÃO, DESCONTANDO AVISO.
() PEDIDO DE DEMISSÃO, NO CONTRATO EXPERIÊNCIA
() TÉRMINO DO CONTRATO DE EXPERIÊNCIA.

OBSERVAÇÕES:

PROVENTOS		DESCONTOS	
COMISSÃO		VALE TRASPORTE	
REP.S./ COMISSÃO		ADIANT.	
PRODUTIVIDADE		FARMÁCIA	
H. EXT. 70%		UNIMED	
H. EXT. 60%		FALTAS/ATR	
H. EXT.100%		DESC.ALIM.	
ADC.NOTURNO		DESC. REFEIÇÃO	
Outros proventos		Outros descontos	

OBS.: PRAZO PARA ACERTO DE RESCISÕES :

*** AVISO INDENIZADO : ATÉ O 10º DIA SUBSEQUENTE A DATA DO AVISO.**

*** AVISO TRABALHADO : PRIMEIRO DIA ÚTIL APÓS O TÉRMINO DO AVISO.**

*** ENVIAR JUNTO COM ESTA FICHA, A CARTEIRA DE TRABALHO DO FUNCIONÁRIO.**

*** PROVIDENCIAR O ATESTADO MÉDICO DEMISSIONAL.**

*** ENVIAR ESTE PEDIDO COM ANTECEDENCIA MÍNIMA DE 7 DIAS DA BAIXA,**

Guaíba, _____ de _____, _____

ASSINATURA DA EMPRESA.

*** ESTA SOLICITAÇÃO DEVERÁ SER PROTOCOLADA NO ESCRITORIO.**