

São Paulo, 12 de julho de 2018

Ao

Sr. MARCO ANTONIO DA SILVA ALCÂNTARA

CTPS: SP001390900271

Ref.: COMUNICADO DE DISPENSA SEM JUSTA CAUSA

Servimo-nos da presente para comunicar-lhe que, a partir desta data, estamos rescindindo, sem justa causa, nos termos do Art. 487, §1º da CLT, o contrato de trabalho que mantínhamos com V.S.a desde 16/11/2016, sendo que pagaremos o aviso prévio indenizado.

Os valores referentes às verbas rescisórias serão depositados em sua conta salário em até 10 (dez) dias da data de hoje.

Por fim, informamos à V.Sa. que será necessário seu comparecimento para realização de Exame Médico Demissional na data e local indicados abaixo, munido de seus documentos pessoais:

Data: 13 de julho de 2018

Horário: 08:30 hs

Local: LMG PRIME - Saúde Ocupacional

Av. Brigadeiro Faria Lima, 2413, 8º andar, conjunto 81

Jardim Paulistano – São Paulo - SP

Agradecendo os serviços prestados por V.Sa. durante o período do contrato de trabalho ora rescindido, subscrevemo-nos.

Atenciosamente.

CROMA-PHARMA PRODUTOS MÉDICO

MARCO ANTONIO DA SILVA ALCÂN

Ciente.

	TERMO	DE RESCISÃ	O DO CONT	TRATO D	E TF	RABALHO		
		IDENTIFIC	10 DO		e e e e e e e e e e e e e e e e e e e			
(01) CNPJ/CEI	(02) R	azão Social/Nome	AÇÃO DO EM	IPREGAD	OR			
20.092.174/0001-39 (03) Endereço (logradouro, nº, andar, aparta	CRC	MA-PHARMA PR	ODUTOS MED	ICOS LTDA	١			
AVENIDA QUEIROZ FILHO, 170	00 - TORRE A SA	ALA 207				(04) Bairro	MBURGUESA	
(05) Município SÃO PAULO	(06) UF (07) CEP SP 05319-0		(08) CNAE			(09) CNPJ / CEI Tomador/Obra		
			05319-000 ÇÃO DO TRA		5101			
(10) PIS/PASEP 129.26703.77-7	(11) N	ome						
(12) Endereço (logradouro, nº, andar, aparta	mento)	CO ANTONIO DA	SILVA ALCAN	TARA (000	120 - ((13) Bairro		
RUA VIENA, 97 - APTO 55 BL 1 (14) Município						SACOMÃ		
SÃO PAULO		(15) UF SP	(16) CEP 04248-060			P, série, UF) 00271-SP		
		ome da Mãe NA DE LOURDES DA SILVA ALC					1377.714.0	42-20
	in a c		OS DO CONT					
(21) Tipo de Contrato 1 - Contrato de trabalho por prazo	n indatorminad-							
(22) Causa do Afastamento								
Despedida sem justa causa, pelo (23) Remuneração Mês Ant.								
R\$ 5.125,00		(24) Data de Admissão 16/11/2016		so Prévia		Data de Afastamento	(27) Cód. Afas SJ2	stamento
(28) Pensão Alim. (%) TRCT ,00	(29) Pensão .00	Alim. (%) FGTS		12/07/2018		7772010	1002	
(31) Código Sindical	1) Código Sindical (32) CNPJ e		nome da Entidade Sindical Laboral					
5133861938	60.989.9	944/0001-65 SIND	ICATO DOS CO	DMERCIAR	IOS D	E SAO PAULO		
VERBAS RESCISÓRIAS	DI	SCRIMINAÇÃO	DAS VERBA	S RESCI	SÓRI	48		
Rubrica	Valor	Rubrica		Valor	-/	Rubrica		Valor
50 Salário 12 Dias	2.050,00	52 Gratificaçã	0		0,00	54 Adicional de Periculosidade		0,0
55 Adicional Noturno	0,00	56 Horas Extras			0,00	0 58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)		0,0
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	0,00	60 Multa Art. - Atraso Pgto 1			0,00	0 62 Salário Família		0,00
63 13° Salário Rescisão 6 /12 Avos	2.562,50	64 Décimo-Terce Exercícios Ante	mo-Terceiro Salário ios Anteriores		0,00	0 65 Férias Proporcionais Indenizadas 9 /12 Avos		3.843,75
66 Férias Vencidas Indenizadas 6 Dias	1.025,00	68 1/3 Férias 1	1/3 Férias Indenizadas		22,92	2 69 Aviso Prévio Indenizado 33 Dias		5.637,50
70 13° Salário Indenizado 1 /12 Avos	427,08	71 Férias (Avis Indenizado)	1 Férias (Aviso Prévio Indenizado)		0,00	82 Ajuda de Custo Transferência		0,00
95 Outras Verbas	0,00							
DEDUÇÕES						TOTAL RESCISÓRIO	O BRUTO	17.168,7
	Valor	Desconto		Valor		Desconto		Valor
100 Pensão Alimentícia	0,00	101 Desconto Ad Quinzenal	liantamento		0,00	102 Desconto Adiantamento 13° Salário		0,00
103 Aviso Prévio Indenizado	0,00	112.1 INSS Salá	rio 9 Porc	18		112.2 INSS 13° Salário 11 Porc		328,85
114.1 IRRF 27.50 Porc	507,85	114.2 IRRF 13° Porc	Salário 7.50	5	6,75	115 Outros Desco	ntos	0,00
						TOTAL DAS DEDUÇÕ	ĎES	1.077,95
				The second secon		VALOR RESCISÓRIO	LÍQUIDO	16.090,80

	THE DE HOR	OLOGAÇÃO DE F	RESCISÃO DE CO	NTRATO DE TE	RABALHO					
EMPREGADOR (01) CNPJ/CEI										
20.092.174/0001-39		(02) Razão Social/Nome CROMA-PHARMA PRODUTOS MEDICOS LTDA								
TRABALHADOR			OTOS MEDICOS LTDA							
(10) PIS/PASEP) Nome								
129.26703.77-7 (17) CTPS (nº, série, UF)		MARCO ANTONIO DA SILVA ALCANTARA (000120 - 001) (18) CPF (19) Data de Nascimento (100 Nomo de Mão								
0013909/00271-SP		7.714.642-20	(19) Data de Nascimento 12/06/1973	(20) Nome da Mãe MARIA DE LOURDES DA SILVA ALCANTARA						
CONTRATO				JAMANA DE 2001	TOLO DA SILVA ALCANTARA					
(22) Causa do Afastamento Despedida sem justa causa	nolo omprogador									
(24) Data de Admissão	(25) Data do Aviso Prév	io (26) Data de Afastan	nento (27) Cód. Afast.	Lon						
16/11/2016 (30) Categoria do Trabalhador	12/07/2018	12/07/2018	SJ2	,00	Pensão Alimentícia (%) FGTS					
1										
(31) Código Sindical	(32) CN	IPJ e Nome da Entidade Sindica	al Laboral							
5133861938	60.98	9.944/0001-65 SINDICA	TO DOS COMERCIAR	IOS DE SAO PAUL	0					
CROMA-PHARMA PRODUTANDRE LUIS MODERN CPF 151.816.328-90 RG 20540548-4 150) Assinatura do Empregador ou P	TOS MEDICOS LTD	CROMA-PHI Av. C	ATA/QQQ = ARMA Produtes Médico Aueirez Filho, 1700 Orre A - Sale 207 Guesa - CEP 105319 AO PAULO - SP	s Ltda	ador					
53) Carimbo e Assinatura do Assiste	onte		(154) Nome do Órgão Ho							
55) Ressalvas										

A ASSISTÊNCIA NO ATO DA 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).

14

5

CONTRATO DE TRABALHO

Data admissão: 16/Nov/2016 Esp. estab.: Com atac inst e mat p/ uso méd, cirur, hosp e Empregador: CROMA-PHARMA PRODUTOS MEDICOS LTDA AV QUEIROZ FILHO, 1700, SALA: 207; COND: VILLA LOBOS Fls/Ficha: Ficha OFFICE P, VILA HAMBURGUESA, 05319-000, SÃO PAULO Remuneração Especificada (Por Mês): R\$ 4.406,00 (quatro mil , quatrogentos e seis reais). Cargo: ANALISTA FINANCEIRO PL Município: SÃO PAULO - UF: SP CGC: 20.092.174/0002-10 Registro nr: 00000016 BBO nr:252550 2

CROMA-PHARMA PRODUTOS MEDICOS LTDA

CROMAS PLACINA ERROR-CIOS INEDIGOS, LTC. 者の下る Data safda I°

Ass. do empregador ou a rogo c/test. Com. Dispensa CD Nº

.....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador CGCMF.... MunicípioEst. Esp. do estabelecimento Cargo Data admissão de de Registro n° Fls./Ficha Remuneração especificada...... Data saídadede Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Com. Dispensa CD N°