

SINDICATO DOS EMPREGADOS VENDEDORES E VIAJANTES DO COMÉRCIO, PROPAGANDISTAS, PROPAGANDISTAS-VENDEDORES E VENDEDORES DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Rua Paracatu, nº 1.119 - Santo Agostinho - Belo Horizonte - Minas Gerais - CEP: 30180-091
Endereço Telegráfico: PROPAGAVENDE - FONE: (031) - 3337-9933 – FAX: (031) – 3337-9443
SITE: www.propagavende.com.br / E-MAIL: Homolocacao@propagavende.com.br

Horário de Entrega de Documentos para Conferência:

Parte da Tarde: 14:00 às 16:00 horas

Horário de Homologação:

Parte da Manhã: 08:00 às 11:00 horas (Horário Marcado)

Declaro ter recebido da firma:.....
os seguintes documentos abaixo relacionados e assinalados:

5. 4. 3. 2. 1.

- Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho(**Padrão conforme portaria 1057 do MTE**) em 05 vias;
 - Vale / Adiantamento se houver desconto no TRCT;
 - **Extrato FGTS p/ fins rescisórios;**
 - FGTS-(RE - GFIP) referente às competências **não localizadas** no extrato para fins rescisórios;
 - GRRF quitada (Guia 50% FGTS) + Demonstrativo do trabalhador;
 - Chave de Identificação gerada pela Conectividade Social;
 - Aviso Prévio - Pedido de Dispensa;
 - Livro ou Ficha de Registro de Empregados, atualizados;
 - Carteira de Trabalho e Previdência Social do Empregado, **ATUALIZADA;**
 - Procuração ou Carta de Preposto;
 - Seguro-Desemprego original;
 - Recibos de Pagamento (12 últimos) ou Ficha Financeira dos 12 últimos meses;
 - Relação de Comissões ou Prêmios dos 12(doze) últimos meses com o
Descanso Semanal Remunerado discriminado; () - Sábado Livre ou () - Sábado Trabalhado;
 - Em caso de **afastamento por doença ou acidente** encaminhar **alta do INSS** e data do início do afastamento; Neste caso, encaminhar **12 últimos** recibos referentes aos **meses trabalhados;**
 - Em caso de **afastamento por licença maternidade**, encaminhar atestado de 120 dias;
Neste caso, encaminhar **12 últimos** recibos referentes aos **meses trabalhados;**
 - Atestado Demissional - Médico do Trabalho;
 - PPP - Perfil Profissiográfico previdenciário para Atividades Insalubres;
 - Recibo do depósito em Conta Corrente;
 - Guia e Relação de Empregados - Contribuição Sindical ano:.....; (Para setor de arrecadação)
 - Guia e Relação de Empregados - Contribuição Assistencial ano:.....;(Para setor de arrecadação)

Belo Horizonte, ___ de _____ de 2.0 _____.

Grace/ Camylla
Setor de Homologação

Favor ligar 3337-9933 - dia: ___/___/___ às 16:00hs horas, para confirmar a correção e marcar o horário da homologação. (Tempo mínimo para conferencia são dois dias úteis)

1. **Apresentar esta folha** no ato da homologação ou quando vier buscar a documentação que tenha ficado no Sindicato para conferência.
2. Sem a apresentação desta, **não** será feita a homologação e nem a devolução dos documentos.

NO ATO DA HOMOLOGAÇÃO, SÓ ACEITAMOS CHEQUE VISADO, ADMINISTRATIVO OU MOEDA CORRENTE.

DEPARTAMENTO DE CÁLCULOS E HOMOLOGAÇÕES

Nome(s) do(s) Empregado(s) para assistência:

1.
2.
3.
4.
5.