



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARÁ E AMAPÁ

CONTRATO DE TRABALHO

CONTRATO DE TRABALHO, que entre partes celebram de um lado _____, Farmacêutico(a) inscrito(a) no CRF-PA/AP sob o nº _____, CPF _____ brasileiro(a), residente e domiciliado(a) nesta cidade de _____ Estado do Pará, sito à _____ e de outro lado, FIRMA _____ registrado no CRF-PA/AP sob o nº _____, CNPJ _____ registrada na Secretaria Municipal de Saúde Pública – DVS sob o nº _____ estabelecida à _____, município de _____, estado do Pará, denominando-se as partes, respectivamente, para os efeitos deste instrumento FARMACÊUTICO e EMPRESA, constante das cláusulas e condições seguintes:

PRIMEIRA: - O objeto deste Contrato de Trabalho é a prestação de serviços profissionais de Assistência Técnica a empresa (nome fantasia) _____ de razão social _____

PARÁGRAFO ÚNICO: - Esses serviços técnicos – profissionais serão prestados obrigatoriamente na sede da EMPRESA que se obriga a permitir a mais completa autonomia de serviços ao Farmacêutico(a).

SEGUNDA: - O presente contrato de trabalho se regerá pela consolidação das Leis do Trabalho e Legislação complementar que lhe for pertinente e o Farmacêutico perceberá o salário de _____, equivalente à _____, sujeitos aos reajustes estipulados em Lei e que lhe será pago até o dia 05 (cinco) do mês seguinte ao vencido.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: - A jornada de trabalho do farmacêutico será _____ horas semanais.

PARÁGRAFO SEGUNDO: - O presente contrato de trabalho, corresponde ao que consta da CTPS nº _____ Série _____ Folha _____ pertinente ao Farmacêutico e a sua rescisão importará na imediata apresentação da Carteira aos Órgãos competentes para confirmação da data da saída.

PARÁGRAFO TERCEIRO: - O presente Contrato de Trabalho é de prazo indeterminado, poderá ser objeto de rescisão das partes, com aviso prévio de 30 dias, de acordo com as disposições legais.

TERCEIRA: - Durante o período de férias ou eventuais afastamentos outro profissional deve substituí-lo na forma da Lei.

E, por estarem justos e contratados, assinam este Instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma na presença de duas testemunhas abaixo nomeadas

_____, _____ de _____ de _____

FARMACÊUTICO (A)

CRF-PA/AP Nº _____

EMPRESA

CNPJ. _____

TESTEMUNHAS: _____
