



**ESTADO DE SERGIPE**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO MIGUEL DO ALEIXO**

Avenida 26 de Novembro, 42 – Tel.: (79) 3465-1024/1000– CNPJ: 11.349.738/0001-85.  
e-mail: adm.pmaleixo@hotmail.com - CEP: 49.535-000 - Sergipe.

**CONTRATO N.º09/2019**

**TERMO DE CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABALHO POR TEMPO DETERMINADO PARA ATENDIMENTO DE NECESSIDADE TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO, ENTRE O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO MIGUEL DO ALEIXO E O SR.º JOABE OLIVEIRA DA SILVA.**

**O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO MIGUEL DO ALEIXO**, Estado de Sergipe, com sede nesta cidade de São Miguel do Aleixo, situado na Avenida 26 de Novembro, nº 42 inscrita no **CNPJ sob n.º 11.349.738/0001-85**, neste ato representando pela Secretária de Saúde, a Srª. **MARÍLIA GARCIA LIMA** doravante denominado EMPREGADOR, e o **Sr. JOABE OLIVEIRA DA SILVA**, residente à Rua MANOEL DOS SANTOS, 105 Centro – CEP: 49.535-000 – São Miguel do Aleixo - SE, **CPF n.º058.304.145-03, RG n.º 70283524/SSP-SE**, doravante denominado EMPREGADO, celebram o presente Contrato Individual de Trabalho por Tempo determinado, para atendimento de necessidade temporária de excepcional interesse público, com fundamento no inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, Lei Federal n.º 8.745 de 09 de Dezembro de 1993 e na forma da Lei Municipal n.º 276 de 01 de Setembro de 2017 conforme autorização do Ex.º Sr. Prefeito, mediante as cláusulas e condições a seguir:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

O EMPREGADO exercerá a função de ENFERMEIRO PSF, na unidade de Saúde deste Município.

**CLÁUSULA SEGUNDA – VIGÊNCIA**

O presente contrato vigorará da data de sua assinatura com término em 30/04/2019.

**CLÁUSULA TERCEIRA – SÁLARIO e FORMA DE PAGAMENTO**

O salário mensal a ser pago pelo EMPREGADOR ao EMPREGADO, incluído o repouso semanal remunerado será de **R\$1.870,00 (um mil oitocentos e setenta reais)** + *incentivo do PMAQ variável, podendo chegar a R\$ 450,00(quatrocentos e cinquenta reais)* ( valor trimestral), sobre o qual incidirão os reajustes pagos aos servidores da Administração Direta do Município de São Miguel do Aleixo – SE.



FOLHA Nº *01*  
*[Signature]*

**ESTADO DE SERGIPE**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO MIGUEL DO ALEIXO**

Avenida 26 de Novembro, 42 - Tel.: (79) 3465-1024/1000 - CNPJ: 11.349.738/0001-85.  
e-mail: adm.pmaleixo@hotmail.com - CEP: 49.535-000 - Sergipe.

**CLÁUSULA QUARTA – DOTAÇÃO**

UO	AÇÃO	ELEMENTO DESPESA	DE	FONTE RECURSO	DE
21011	2008			1211	
	6307	319004		1214	

**CLÁUSULA QUINTA – REAJUSTE**

Fica ajustada, nos termos do § 1º do art. 469 da CLT, que o EMPREGADOR poderá, a qualquer tempo, transferir ao EMPREGADO para prestação de serviços em qualquer localidade do Município de São Miguel do Aleixo - SE.

**CLÁUSULA SEXTA – CONTRIBUIÇÃO**

Correrão por conta do **CONTRATADO**, os tributos incidentes sobre as faturas a serem pagas, assim como as contribuições devidas do INSS, bem como serão de sua exclusiva responsabilidade as obrigações ou encargos trabalhistas, da Previdência Social, de seguros, de seguros com referência pessoal empregado, contratado ou que prestar quaisquer serviços decorrentes deste contrato.

**CLÁUSULA SÉTIMA – OBRIGAÇÕES DO EMPREGADO**

O EMPREGADO sujeitar-se-á às normas gerais do EMPREGADOR, que em nenhum momento poderão ser ignoradas, obrigando-se a executar com zelo, eficiência e lealdade todas as tarefas que lhe forem confiadas.

**CLÁUSULA OITAVA – DAS PENALIDADES**

O EMPREGADOR poderá descontar do salário do EMPREGADO o valor dos danos e prejuízos por ela causados por dolo, negligência, imprudência ou imperícia.

**CLÁUSULA NONA – JORNADA DE TRABALHO**

A jornada de trabalho será de 30 (*trinta*) horas semanais, obrigando-se ao EMPREGADO a exercer suas atividades em horário diurno, noturno ou misto, com ou sem revezamento, a critério do EMPREGADOR, desde que seja avisado com o mínimo de 1 (uma) semana de antecedência.

**CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESCISÃO**

As partes poderão rescindir unilateralmente o presente contrato antes de expirado o seu prazo, aplicando-se, nesta hipótese, o art. 481 da CLT.

*[Signature]* *[Signature]*



**ESTADO DE SERGIPE**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO MIGUEL DO ALEIXO**

Avenida 26 de Novembro, 42 - Tel.: (79) 3465-1024/1000 - CNPJ: 11.349.738/0001-85.  
e-mail: adm.pmaleixo@hotmail.com - CEP: 49.535-000 - Sergipe.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - FORO**

Para as questões decorrentes deste contrato fica eleito o foro da Cidade de São Miguel do Aleixo - Estado de Sergipe, para dirimir quaisquer dúvidas surgidas na execução do presente instrumento.

E, por estarem de pleno acordo com o teor das cláusulas acima, firmam o presente contrato de trabalho em 02 (duas) vias de igual teor.

*São Miguel do Aleixo, 02 de janeiro de 2019.*

*Magalia Garcia Lima*

**EMPREGADOR**

**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO MIGUEL DO ALEIXO - SE**  
**CNPJ Nº 11.349.738/0001-85**

*Joabe Oliveira da Silva*

**EMPREGADO**

**JOABE OLIVEIRA DA SILVA**  
**CPF n.º058.304.145-03**

**Testemunha**

I - *Seyner Alves Menezes Teixeira*

II - *José Cecílio dos Santos*