



CONTRATO DE HORAS SUPLEMENTARES

Ilmo(a) Sr(a)
Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso – CRF-MT

DADOS DO ESTABELECIMENTO FARMACÊUTICO:

Empresa Inscrita no CRF-MT sob o n.º Razão Social:
Nome Fantasia: CNPJ: . . / -
localizada no endereço: N.º: Bairro:
CEP: - na cidade de: do estado de MT

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL DO ESTABELECIMENTO FARMACÊUTICO:

Representada nesse instrumento pelo(a) Sr.(a): ,
Estado Civil: Nacionalidade: , CPF: . . - Profissão:
RG: Órgão Exp.: UF: Data Exp.: / /
Residente no endereço: N.º: Bairro:
CEP: - na cidade de: no estado de:

DADOS DO PROFISSIONAL:

Do outro lado, o(a) Sr.(a) , CRF-MT sob n.º
Estado Civil: Nacionalidade: , CPF: . . - Profissão:
RG: Órgão Exp.: UF: Data Exp.: / /
Residente no endereço: N.º: Bairro:
CEP: - na cidade de: no estado de:

Acordam entre si, que durante(s) o(s) dia(s) de semana abaixo:

Terá uma jornada de trabalho adicional nos dias de semana abaixo selecionados:

Segunda-feira Terça-feira Quarta-feira Quinta-feira Sexta-feira

Se forem selecionado(s) serão pagos 50 % (cinquenta por cento) de hora extra, conforme a CLT vigente.

Terá uma jornada de trabalho adicional nos dias de semana abaixo selecionados:

Sábado Domingo

Se forem selecionado(s) serão pagos 100 % (cem por cento) de hora extra, conforme a CLT vigente.

Nesse contrato de trabalho, será acrescida o total horas a mais de trabalho por dias de semana selecionado anteriormente, sobre a hora normal de trabalho.

Por ser verdade firmam o presente contrato.

Nestes termos pede deferimento

Data / /

Farmacêutico (a) contratado (a)

Representante Legal Estabelecimento