

Cor: _____
 Cabelo: _____
 Olhos: _____
 Altura: _____
 Peso: _____
 Sinais: _____



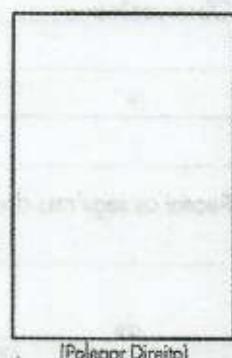
Amanda de Fátima Lora Gonçalves, portador da C.T.P.S. nº: *44.495* Série: *322-SP*; C.T.P.S. (Rural) nº: _____ Série: _____
 CPF/CIC nº: *369.006.408-67*; Título de Eleitor nº: _____ da _____ zona; Cédula de Identidade R.G. nº: *42.206.313-7* foi admitido em *01* de *Abril* de *2015* para exercer a função de: *Assistente Social*, com o salário de R\$ *15,65 por Hora* (*quinze reais e sessenta e cinco centavos por Hora*) por *Hora*, no seguinte horário de trabalho: das _____ às _____ horas, com _____ horas de intervalo para repouso e alimentação.

SITUAÇÃO PERANTE O FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO			
É OPTANTE?	DATA DA OPÇÃO	DATA DA RETRATAÇÃO	BANCO DEPOSITÁRIO
Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<i>01/10/15</i>	<i>1/1</i>	

Nacionalidade: <i>Brasileira</i>	QUANDO ESTRANGEIRO	PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL (PIS)
Filho de: <i>Edmar Jorge de Lima</i>	Carteira mod. 19 nº: _____	Cadastrado em <i>1/1</i>
e de: <i>Edra Aparecida de Oliveira Lima</i>	Nº Registro Geral: _____	sob nº: <i>129.58.246.26.6</i>
Nascido em: <i>São Paulo - SP</i>	Casado(a) c/ brasileira(o)?	Dep. no Banco: _____
a <i>15</i> de <i>Setembro</i> de <i>1988</i>	Nome do cônjuge: _____	Endereço: _____
Estr. civil: <i>Casada</i>	Tem filhos brasileiros?	Códigos: { Banco: _____
Nome do cônjuge: _____	Quantos? _____	{ Agência: _____
Grau de instrução: <i>Superior Com.</i>	Data da chegada ao Brasil:	Endereço da agência: _____
Residência: <i>P. Roberto Gorni, 301, 10060-000</i>	de _____ de _____	Obs.: _____
Cart. Nac. Habit. nº: _____	É naturalizado?	
Certif. Militar nº: _____	Decreto nº: _____	
	{ Série: _____	
	{ Categ.: _____	

Beneficiários: _____

V. Expedido em São Paulo - SP, 01 de Abril de 2015
Amanda L. R. Gonçalves
 ASSINATURA DO EMPREGADO



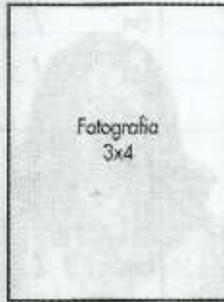
(Polegar Direito)

REGISTRO DE EMPREGADO

CARACTERÍSTICOS FÍSICOS

VISTO DA FISCALIZAÇÃO

Cor: _____
 Cabelo: _____
 Olhos: _____
 Altura: _____
 Peso: _____
 Sinais: _____



Rita de Lúcia Rota, portador da C.T.P.S. nº: *50019* Série: *00095 SP*; C.T.P.S. (Rural) nº: _____ Série: _____
 CPF/CIC nº: *135.863.938-81*; Título de Eleitor nº: _____ da _____ zona; Cédula de Identidade R.G. nº: *15.213.984* foi admitido em *02* de *Março* de *2015* para exercer a função de: *Desempenista*, com o salário de R\$ *1.096,88* ~~+~~
sem vale e vantagens e seis reais oitenta e oito centavos
) por _____, no seguinte
 horário de trabalho: das *07:00* às *17:00* horas, com *2* horas de intervalo para repouso e alimentação.

SITUAÇÃO PERANTE O FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

É OPTANTE? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	DATA DA OPÇÃO <i>02 103 145</i>	DATA DA RETRATAÇÃO <i>1 1</i>	BANCO DEPOSITÁRIO
--	------------------------------------	----------------------------------	-------------------

Nacionalidade: <i>Bronleira</i> Filho de: <i>Antonio Rota</i> e de: <i>Cláudia Fornari Rota</i> Nascido em: <i>V. Gdo do Sul SP</i> a <i>17</i> de <i>Julho</i> de <i>1969</i> Estado civil: <i>Solteira</i> Nome do cônjuge: _____ Grau de instrução: <i>2º G</i> Residência: <i>R. Juv. Benedito 912</i> Cart. Nac. Habilit. nº: _____ Certif. Militar nº: _____	QUANDO ESTRANGEIRO	PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL (PIS)
	Carteira mod. 19 nº: _____ Nº Registro Geral: _____ Casado(a) c/ brasileira(o)? _____ Nome do cônjuge: _____ Tem filhos brasileiros? _____ Quantos? _____ Data da chegada ao Brasil: _____ de _____ de _____ É naturalizado? _____ Decreto nº: _____	Cadastrado em <i>15 104 18</i> sob nº: <i>123.2401873-7</i> Dep. no Banco: _____ Endereço: _____ Códigos: { Banco: _____ Agência: _____ Endereço da agência: _____ Obs.: _____

Beneficiários: _____

V. Gdo do Sul, *02* de *Março* de *2015*

 ASSINATURA DO EMPREGADO



Cor: _____
 Cabelo: _____
 Olhos: _____
 Altura: _____
 Peso: _____
 Sinais: _____



Graziela Olinda Bernardes, portador da C.T.P.S. nº. *25209*, Série: *00231*; C.T.P.S. (Rural) nº. Série: _____
 CPF/CIC nº: *300.601.428-63*; Título de Eleitor nº. _____ da _____ zona; Cédula de Identidade R.G. nº. *33.686.746-3* foi admitido em *01* de *agosto* de *2005* para exercer a função de *serviço Geral* com o salário de R\$ *300,00*
Serviço Geral
) por *mês*, no seguinte
 horário de trabalho: das *07:00* às *17:00* horas, com *2:00* horas de intervalo para repouso e alimentação.

SITUAÇÃO PERANTE O FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

É OPTANTE? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	DATA DA OPÇÃO <i>01/08/2005</i>	DATA DA RETRATAÇÃO <i>1/1</i>	BANCO DEPOSITÁRIO
--	------------------------------------	----------------------------------	-------------------

Nacionalidade: <i>Brasileira</i>	QUANDO ESTRANGEIRO	PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL (PIS)
Filho de: <i>Antonio Roberto Bernardes</i>	Carteira mod. 19 nº:	Cadastrado em <i>26/07/2001</i>
e de: <i>Maria Jose da Silva Bernardes</i>	Nº Registro Geral:	sob nº: <i>127.44184.18-9</i>
Nascido em: <i>V. Gde Sul</i>	Casado(a) c/ brasileira(o)?	Dep. no Banco: <i>C. E Federal</i>
a <i>16</i> de <i>Janeiro</i> de <i>1982</i>	Nome do cônjuge:	Endereço: <i>V Gde Sul</i>
Esta civil: <i>Casada</i>	Tem filhos brasileiros?	Códigos: { Banco: <i>104</i>
Nome do cônjuge: <i>Edmar Custodio</i>	Quantos?	{ Agência: <i>1201</i>
Grau de instrução: <i>2º grau</i>	Data da chegada ao Brasil:	Endereço da agência: <i>João Pinto Fontes, 144</i>
Residência: <i>W Industrial, 389</i>	de _____ de _____	Obs.:
Cart. Nac. Habilit. nº:	É naturalizado?	
Certif. Militar nº: { Série: _____	Decreto nº: _____	
{ Categ: _____		

Beneficiários: *Esposa e filha*

V. Gde Sul, *01* de *agosto* de *2005*
Graziela Olinda Bernardes
 ASSINATURA DO EMPREGADO



(Polegar Direito)

Dr.:
 Título:
 Idade:
 Altura:
 Peso:
 Outros:



Antonio Carlos Bassan, portador da C.T.P.S. nº: 046547, Série: 350°; C.T.P.S. (Rural) nº: _____ Série: _____
 CPF/CIC nº: 002.177.498-60; Título de Eleitor nº: _____ da _____ zona; Cédula de Identidade R.G. nº: 7.896.133 foi admitido em 01 de agosto de 2005 para exercer a função de: motorista com o salário de R\$ 713,88 (setecentos e treze reais e oitenta e oito centavos) por mês, no seguinte horário trabalho: das 07:00 às 17:00 horas, com 2:00 horas de intervalo para repouso e alimentação.

SITUAÇÃO PERANTE O FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

É OPTANTE? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	DATA DA OPÇÃO <u>01/08/2005</u>	DATA DA RETRATAÇÃO <u>1/1</u>	BANCO DEPOSITÁRIO
--	------------------------------------	----------------------------------	-------------------

Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	QUANDO ESTRANGEIRO	PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL (PIS)
Filho de: <u>Jose Divino Bassan</u>	Carteira mod. 19 nº: _____	Cadastrado em <u>18/05/1973</u> sob nº: <u>105.59947.88.5</u>
e de: <u>Maria Bortolotti Bassan</u>	Nº Registro Geral: _____	Dep. no Banco: <u>Itau America CA SA</u>
Nascido em: <u>Gramma</u> a <u>12</u> de <u>Novembro</u> de <u>1954</u>	Casado(a) c/ brasileira(o)? _____	Endereço: _____
Estado civil: <u>Casado</u>	Nome do cônjuge: _____	Códigos: { Banco: _____ Agência: _____
Nome do cônjuge: <u>Vanda de Almeida Bassan</u>	Tem filhos brasileiros? _____	Endereço da agência: _____
Grau de instrução: _____	Quantos? _____	Obs.: _____
Residência: <u>Rua Herules Ram, 2a</u>	Data da chegada ao Brasil: _____ de _____ de _____	
Cart. Nac. Habilit. nº: _____	É naturalizado? _____	
Certif. Militar nº: _____	Decreto nº: _____	

Beneficiários: _____

V. Gde Sul, 01 de agosto de 2005
Antonio Carlos Bassan
 ASSINATURA DO EMPREGADO



(Polegar Direito)

Cor: _____
 Sexo: _____
 Altura: _____
 Peso: _____
 Outros: _____



Vanda de Almeida Bassan, portador da C.T.P.S. nº: 91580 Série: 290; C.T.P.S. (Rural) nº: _____ Série: _____
 CPF/CIC nº: 965.853.908-49; Título de Eleitor nº: _____ da _____ zona; Cédula de Identidade R.G. nº: 26.691.209-6 foi admitido em 01 de agosto de 2005 para exercer a função de serviços Gerais com o salário de R\$ 450,00 (Quatrocentos e cinquenta Reais) por mes, no seguinte horário de trabalho: das 07:00 às 17:00 horas, com 2:00 horas de intervalo para repouso e alimentação.

SITUAÇÃO PERANTE O FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

É OPTANTE?	DATA DA OPÇÃO	DATA DA RETRATAÇÃO	BANCO DEPOSITÁRIO
Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<u>01/08/2005</u>	<u>1/1</u>	

Nacionalidade:	QUANDO ESTRANGEIRO	PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL (PIS)
<u>Brasileira</u>	Carteira mod. 19 nº: _____	Cadastrado em <u>22/02/1972</u>
Filho de <u>Antônio Francisco de Almeida</u>	Nº Registro Geral: _____	sob nº: <u>103 80008.52.9</u>
e de <u>Guilhermina Pontal de Almeida</u>	Casado(a) c/ brasileira(o)? _____	Dep. no Banco: <u>Bradesco</u>
Nascido em <u>Silvino Landers</u>	Nome do cônjuge: _____	Endereço: <u>V. ga de Sil</u>
a <u>13</u> de <u>março</u> de <u>1955</u>	Tem filhos brasileiros? _____	Códigos: { Banco: <u>237</u>
Estado: <u>Cataguá</u>	Quantos? _____	{ Agência: <u>305</u>
Nome do cônjuge: <u>Antônio Carlos Bassan</u>	Data da chegada ao Brasil: _____	Endereço da agência: <u>Rua Cap. João Pinto Fontes, 45</u>
Grau de instrução: <u>2º grau</u>	de _____ de _____	Obs.: _____
Residência: <u>Rua Heráclio Ramos</u>	É naturalizado? _____	
Cart. Nac. Habilit. nº: _____	Decreto nº: _____	
Certif. Militar nº: _____	Série: _____	
	Categ.: _____	

Beneficiários: _____

V. ga de Sil, 01 de agosto de 2005
Vanda de Almeida Bassan
 ASSINATURA DO EMPREGADO



(Polegar Direito)



SOCIEDADE DE AUXÍLIO A DEFICIENTES "GRUPO MÃO AMIGA"

CNPJ 01.873.664/0001-28

FUNDADA EM 27 DE FEVEREIRO DE 1997

Reconhecida de Utilidade Pública Municipal pela Lei n.º 2.206 de 24 de Setembro de 1997

Declarada de Utilidade Pública Estadual pela Lei n.º 11.240 de 30 de Julho de 2002

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pela Portaria n.º 973 de 22 de Agosto de 2002

R. SÃO JORGE, 297. TEL/FAX. (19)3641-6745. 13880-000 - VARGEM GRANDE DO SUL, SP

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PROFISSIONAL AUTÔNOMO

Por este instrumento de contrato, que entre si fazem, de um lado a **Sociedade de Auxílio a Deficiente "Grupo Mão Amiga"**, associação civil, sem fins lucrativos, regularmente constituída, com sede na cidade de Vargem Grande do Sul, estado de São Paulo, na rua São Jorge, 297 - Jardim São Luiz, inscrita no CNPJ/CEI sob o n.º 01.873.664/0001-28, por seu representante legal, na forma de seu Estatuto, qualificado ao final, ora em diante denominado CONTRATANTE, e por outro lado, **Jerusa de Cássia Vidale**, brasileira, divorciada, fisioterapeuta, portador(a) do RG 7.703.695-5, CPF 067.642.088-59, inscrição no INSS nº 107.42568.13-7, CREFITO nº 3/60178-F, residente na cidade de Vargem Grande do Sul, estado de São Paulo, na rua Onze de Novembro, 78, Vila Santa Terezinha, doravante denominado CONTRATADO, têm justo e contratados as seguintes cláusulas:

Cláusula Primeira - Objeto

1. O presente contrato tem por objetivo a prestação de serviços profissionais de **Fisioterapeuta**.

1.a. A prestação dos serviços se dará de forma autônoma, sem qualquer vínculo de natureza trabalhista, sendo assente entre as partes que todas as obrigações fiscais que competem ao CONTRATADO serão de sua inteira responsabilidade.

Cláusula Segunda: Prestação de Serviços

2. A prestação de serviços mencionados na cláusula primeira terá a duração de 12 (doze) meses, a se iniciar em 01/05/2019 e terminar em 30/04/2020, devendo ser prestado nas dependências da sede da Contratante ou eventualmente em outros locais por ela determinado conforme sua necessidade.

2.a. Os serviços objeto deste contrato serão prestados em quatro dias da semana, sempre de segunda, terça, quarta e quinta-feira, pelo período diário de três horas e meia (3,5) horas nas segundas, terças e quintas e de (3) horas nas quartas.

2.b. Somente será remunerada a hora efetivamente trabalhada, ressalvado os casos de ausência de deficientes, ocasião em que o profissional deverá manter-se na sede da Contratante, a sua disposição.

2.c. Será obrigado o registro do ponto para confirmação de presença, na entrada e saída. Eventuais atrasos serão descontados proporcionalmente do valor a receber.

Cláusula Terceira: Remuneração dos Serviços

3. A Contratante se compromete ao pagamento mensal dos serviços contratados da seguinte forma:

3.a. O valor estipulado é de R\$ 19,00 (dezoito reais e noventa centavos) por hora de serviço;

3.b. O pagamento dos serviços ocorrerá até o quinto dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, após a apresentação, pelo CONTRATADO, do correspondente recibo (RRA).

CONFERE COM
O ORIGINAL

Cláusula Quarta: Do Sigilo

4. O Contratado se responsabiliza, pela manutenção de sigilo de quaisquer informações ou documentos, de caráter técnico ou não, que venha obter em função deste contrato, seja elas de interesse da Contratante ou de terceiros. Tais obrigações permanecem mesmo quando extinto este contrato.

Cláusula Quinta: Da Rescisão

5. O presente contrato poderá ser desfeito antes de sua expiração, mediante aviso prévio, por escrito, de qualquer uma das partes, com o prazo de 30 (trinta) dias, contados do recebimento e expirados os quais, estará resolvido de pleno direito sem que caiba qualquer indenização às partes contratantes.

Cláusula Sexta: Das Sanções

6. O inadimplemento de qualquer das cláusulas por qualquer das partes constituirá em mora o inadimplente, sendo que aplicadas as sanções estabelecidas na legislação civil em vigor, até a rescisão do presente contrato, com ônus civil ao causador.

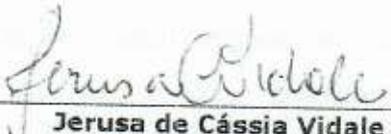
Cláusula Sétima: Do Foro

As partes elegem o Foro da cidade de Vargem Grande do Sul para resolver quaisquer divergências relativas a este contrato, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que se apresente.

Assim, por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas abaixo identificadas.

Vargem Grande do Sul, 01 de maio de 2019.

Contratada:



Jerusa de Cássia Vidale
Contratado

Contratante:



Sandra Regina da S. Picinato
Presidente

Testemunhas:

1) _____
Nome: _____
CPF: _____

2) _____
Nome: _____
CPF: _____


**CONFERE COM
O ORIGINAL**

**CONFERE COM
O ORIGINAL**



SOCIEDADE DE AUXÍLIO A DEFICIENTES "GRUPO MÃO AMIGA"

CNPJ 01.873.664/0001-28

FUNDADA EM 27 DE FEVEREIRO DE 1997

Reconhecida de Utilidade Pública Municipal pela Lei n.º 2.206 de 24 de Setembro de 1997

Declarada de Utilidade Pública Estadual pela Lei n.º 11.240 de 30 de Julho de 2002

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pela Portaria n.º 973 de 22 de Agosto de 2002

R. SÃO JORGE, 297 . TEL/FAX. (19)3641-6745 . 13880-000 – VARGEM GRANDE DO SUL . SP

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PROFISSIONAL AUTÔNOMO

Por este instrumento de contrato, que entre si fazem, de um lado a **Sociedade de Auxílio a Deficiente "Grupo Mão Amiga"**, associação civil, sem fins lucrativos, regularmente constituída, com sede na cidade de Vargem Grande do Sul, estado de São Paulo, na rua São Jorge, 297 – Jardim São Luiz, inscrita no CNPJ/CEI sob o n.º 01.873.664/0001-28, por seu representante legal, na forma de seu Estatuto, qualificado ao final, ora em diante denominado CONTRATANTE, e por outro lado, **Larissa Catarina Andrade de Moraes**, brasileira, solteira, fisioterapeuta, portador(a) do RG 45.285.048-4, CPF 13.102.218-56, CREFITO nº 265815-F, residente na cidade de Vargem Grande do Sul, estado de São paulo, na Avenida Zampar, 260, Jardim Morumbi, doravante denominado CONTRATADO, têm justo e contratados as seguintes cláusulas:

Cláusula Primeira – Objeto

1. O presente contrato tem por objetivo a prestação de serviços profissionais de **Fisioterapeuta**.

1.a. A prestação dos serviços se dará de forma autônoma, sem qualquer vínculo de natureza trabalhista, sendo assente entre as partes que todas as obrigações fiscais que competem ao CONTRATADO serão de sua inteira responsabilidade.

Cláusula Segunda: Prestação de Serviços

2. A prestação de serviços mencionados na cláusula primeira terá a duração de 12 (doze) meses, a se iniciar em 01/05/2019 e terminar em 30/04/2020, devendo ser prestado nas dependências da sede da Contratante ou eventualmente em outros locais por ela determinado conforme sua necessidade.

2.a. Os serviços objeto deste contrato será prestado em um dia da semana, sempre de quinta-feira, pelo período diário de quatro horas (4).

2.b. Somente será remunerada a hora efetivamente trabalhada, ressalvado os casos de ausência de pacientes, ocasião em que o profissional deverá manter-se na sede da Contratante, a sua disposição.

2.c. Será obrigado o registro do ponto para confirmação de presença, na entrada e saída. Eventuais atrasos ou faltas serão descontados proporcionalmente do valor a receber.

Cláusula Terceira: Remuneração dos Serviços

3. A Contratante se compromete ao pagamento mensal dos serviços contratados da seguinte forma:

3.a. O valor estipulado é de R\$ 19,00 (dezenove reais) por hora de serviço;

3.b. O pagamento dos serviços ocorrerá até o quinto dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, após a apresentação, pelo CONTRATADO, do correspondente recibo (RPA).

CONFERE COM
O ORIGINAL



SOCIEDADE DE AUXÍLIO A DEFICIENTES "GRUPO MÃO AMIGA"

CNPJ 01.873.664/0001-28

FUNDADA EM 27 DE FEVEREIRO DE 1997

Reconhecida de Utilidade Pública Municipal pela Lei n.º 2.206 de 24 de Setembro de 1997

Declarada de Utilidade Pública Estadual pela Lei n.º 11.240 de 30 de Julho de 2002

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pela Portaria n.º 973 de 22 de Agosto de 2002

R. SÃO JORGE, 297 . TEL/FAX. (19)3641-6745 . 13880-000 – VARGEM GRANDE DO SUL, SP

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PROFISSIONAL AUTÔNOMO

Por este instrumento de contrato, que entre si fazem, de um lado a **Sociedade de Auxílio a Deficiente "Grupo Mão Amiga"**, associação civil, sem fins lucrativos, regularmente constituída, com sede na cidade de Vargem Grande do Sul, estado de São Paulo, na rua São Jorge, 297 – Jardim São Luiz, inscrita no CNPJ/CEI sob o n.º 01.873.664/0001-28, por seu representante legal, na forma de seu Estatuto, qualificado ao final, ora em diante denominado CONTRATANTE, e por outro lado, **Eliézer Jerônimo**, brasileiro, maior, solteiro, fisioterapeuta, portador(a) do RG 15.689.957, CPF 139.457.308-13, inscrição INSS nº 115.79459.00-0, CREFITO nº 116423-F, residente na cidade de Vargem Grande do Sul, estado de São Paulo, na rua Florianópolis, nº 495, Vila Santana, doravante denominado CONTRATADO, têm justo e contratados as seguintes cláusulas:

Cláusula Primeira – Objeto

1. O presente contrato tem por objetivo a prestação de serviços profissionais de **Fisioterapeuta**.

1.a. A prestação dos serviços se dará de forma autônoma, sem qualquer vínculo de natureza trabalhista, sendo assente entre as partes que todas as obrigações fiscais que competem ao CONTRATADO serão de sua inteira responsabilidade.

Cláusula Segunda: Prestação de Serviços

2. A prestação de serviços mencionados na cláusula primeira terá a duração de 12 (doze) meses, a se iniciar em 01/05/2019 e terminar em 30/04/2020, devendo ser prestado nas dependências da sede da Contratante ou eventualmente em outros locais por ela determinado conforme sua necessidade.

2.a. Os serviços objeto deste contrato serão prestados em três dias da semana, sempre de quarta, quinta e sexta-feira, pelo período diário de quatro horas (04) horas respectivamente. Podendo haver necessidade de substituição de outro profissional em caso de falta ou saída do mesmo.

2.b. Somente será remunerada a hora efetivamente trabalhada, ressalvado os casos de ausência de pacientes, ocasião em que o profissional deverá manter-se na sede da Contratante, a sua disposição.

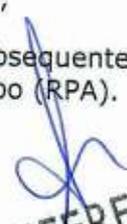
2.c. Será obrigatório o registro do ponto para confirmação de presença, na entrada e saída. Eventuais atrasos serão descontados proporcionalmente do valor a receber.

Cláusula Terceira: Remuneração dos Serviços

3. A Contratante se compromete ao pagamento mensal dos serviços contratados da seguinte forma:

3.a. O valor estipulado é de R\$ 19,00 (dezenove reais) por hora de serviço;

3.b. O pagamento dos serviços ocorrerá até o quinto dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, após a apresentação, pelo CONTRATADO, do correspondente recibo (RPA).


**CONFERE COM
O ORIGINAL**

Cláusula Quarta: Do Sigilo

4. O Contratado se responsabiliza, pela manutenção de sigilo de quaisquer informações ou documentos, de caráter técnico ou não, que venha obter em função deste contrato, seja elas de interesse da Contratante ou de terceiros. Tais obrigações permanecem mesmo quando extinto este contrato.

Cláusula Quinta: Da Rescisão

5. O presente contrato poderá ser desfeito antes de sua expiração, mediante aviso prévio, por escrito, de qualquer uma das partes, com o prazo de 30 (trinta) dias, contados do recebimento e expirados os quais, estará resolvido de pleno direito sem que caiba qualquer indenização às partes contratantes.

Cláusula Sexta: Das Sanções

6. O inadimplemento de qualquer das cláusulas por qualquer das partes constituirá em mora o inadimplente, sendo que aplicadas as sanções estabelecidas na legislação civil em vigor, até a rescisão do presente contrato, com ônus civil ao causador.

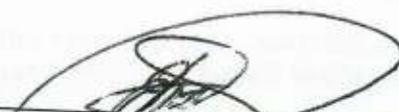
Cláusula Sétima: Do Foro

As partes elegem o Foro da cidade de Vargem Grande do Sul para resolver quaisquer divergências relativas a este contrato, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que se apresente.

Assim, por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas abaixo identificadas.

Vargem Grande do Sul, 01 de maio de 2019.

Contratada:



Eliezer Jerônimo
Contratado

Contratante:



Sandra Regina da Silva Picinato
Presidente

Testemunhas:

RG: 1) _____
Nome: _____
CPF: _____

RG: 2) _____
Nome: _____
CPF: _____

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

**CONFERE COM
O ORIGINAL**



SOCIEDADE DE AUXÍLIO A DEFICIENTES "GRUPO MÃO AMIGA"

CNPJ 01.873.664/0001-28

FUNDADA EM 27 DE FEVEREIRO DE 1997

Reconhecida de Utilidade Pública Municipal pela Lei n.º 2.206 de 24 de Setembro de 1997

Declarada de Utilidade Pública Estadual pela Lei n.º 11.240 de 30 de Julho de 2002

Reconhecida de Utilidade Pública Federal pela Portaria n.º 973 de 22 de Agosto de 2002

R. SÃO JORGE, 297. TEL/FAX. (19)3641-6745. 13880-000 - VARGEM GRANDE DO SUL, SP

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR PROFISSIONAL AUTÔNOMO

Por este instrumento de contrato, que entre si fazem, de um lado a **Sociedade de Auxílio a Deficiente "Grupo Mão Amiga"**, associação civil, sem fins lucrativos, regularmente constituída, com sede na cidade de Vargem Grande do Sul, estado de São Paulo, na rua São Jorge, 297 - Jardim São Luiz, inscrita no CNPJ/CEI sob o n.º 01.873.664/0001-28, por seu representante legal, na forma de seu Estatuto, qualificado ao final, ora em diante denominado CONTRATANTE, e por outro lado, **Livia Siqueira Salera**, brasileira, maior, solteira, psicóloga, portador(a) do RG 52.426.405-3, CPF 436.719.248-29, CRP n.º 137006, residente na cidade de Vargem Grande do Sul, estado de São Paulo, na rua Gasparin Moneda, n.º 35, Jardim São Lucas, doravante denominado CONTRATADO, têm justo e contratados as seguintes cláusulas:

Cláusula Primeira - Objeto

1. O presente contrato tem por objetivo a prestação de serviços profissionais como **Psicóloga**.

1.a. A prestação dos serviços se dará de forma autônoma, sem qualquer vínculo de natureza trabalhista, sendo assente entre as partes que todas as obrigações fiscais que competem ao CONTRATADO serão de sua inteira responsabilidade.

Cláusula Segunda: Prestação de Serviços

2. A prestação de serviços mencionados na cláusula primeira terá a duração de 12 (doze) meses, a se iniciar em 01/05/2019 e terminar em 30/04/2020, devendo ser prestado nas dependências da sede da Contratante ou eventualmente em outros locais por ela determinado conforme sua necessidade.

2.a. Os serviços objeto deste contrato serão prestados em dois dias da semana, sempre às segundas e quartas-feiras, pelo período diário de quatro (04) horas, totalizando oito (08) horas semanais.

2.b. Somente será remunerada a hora efetivamente trabalhada, ressalvado os casos de ausência de nascimentos, ocasião em que o profissional deverá manter-se na sede da Contratante, na sala de atendimento, organizando os prontuários, a sua disposição.

2.c. Será obrigatório o registro do ponto para confirmação de presença, na entrada e saída. Eventuais atrasos serão descontados proporcionalmente do valor a receber.

Cláusula Terceira: Remuneração dos Serviços

3. A Contratante se compromete ao pagamento mensal dos serviços contratados da seguinte forma:

3.a. O valor bruto estipulado é de R\$ 19,00 (dezenove reais) por hora de serviço;

3.b. O pagamento dos serviços ocorrerá até o quinto dia útil do mês subsequente ao da prestação dos serviços, após a apresentação, pelo CONTRATADO, do correspondente recibo (RPA).

CONFERE COM
O ORIGINAL

Cláusula Quarta: Do Sigilo

4. O Contratado se responsabiliza, pela manutenção de sigilo de quaisquer informações ou documentos, de caráter técnico ou não, que venha obter em função deste contrato, seja elas de interesse da Contratante ou de terceiros. Tais obrigações permanecem mesmo quando extinto este contrato.

Cláusula Quinta: Da Rescisão

5. O presente contrato poderá ser desfeito antes de sua expiração, mediante aviso prévio, por escrito, de qualquer uma das partes, com o prazo de 30 (trinta) dias, contados do recebimento e expirados os quais, estará resolvido de pleno direito sem que caiba qualquer indenização às partes contratantes.

Cláusula Sexta: Das Sanções

6. O inadimplemento de qualquer das cláusulas por qualquer das partes constituirá em mora o inadimplente, sendo que aplicadas as sanções estabelecidas na legislação civil em vigor, até a rescisão do presente contrato, com ônus civil ao causador.

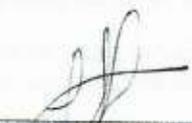
Cláusula Sétima: Do Foro

As partes elegem o Foro da cidade de Vargem Grande do Sul para resolver quaisquer divergências relativas a este contrato, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que se apresente.

Assim, por estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas abaixo identificadas.

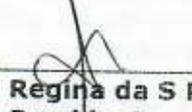
Vargem Grande do Sul, 01 de maio de 2019.

Contratada:



Livia Siqueira Salera
Contratado

Contratante:



Sandra Regina da S Picinato
Presidente

Testemunhas:

1) _____
Nome:
RG: CPF:

2) _____
Nome:
RG: CPF:

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

**CONFERE COM
O ORIGINAL**