



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DO TOCANTINS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DISTRATO DE CONTRATO DE TRABALHO POR TEMPO DETERMINADO

Nº. 009/2025

Por este instrumento particular, O **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOM JESUS DO TOCANTINS**, inscrita no CNPJ sob o nº. 12.502.305/0001-80, por seu representante legal, com sede na Avenida Tocantins, s/nº, centro, Bom Jesus do Tocantins, CEP: 77.714-000, representada neste ato pela Secretária, sra. **MARCIMEIRY RAMOS DA CRUZ FONSECA**, brasileira, Casada, portadora do CPF: *****.***.451-00** e RG nº 459.538 SSP/TO, a seguir denominado **CONTRATANTE**, **CECÍLIA GUIMARÃES BATISTA**, brasileira, portadora do CPF nº *****.***.241-06** e RG nº 1.206.418 SSP/TO, residente e domiciliado, em Bom Jesus do Tocantins - TO, domiciliado (a) e residente na nesta cidade, a seguir denominado (a) **CONTRATADO (A)**, acordam.

1. A **CONTRATANTE** e O (A) **CONTRATADO (A)**, em 01/04/2025 firmaram o contrato nº. 42/2025, com o prazo de duração para 08 (oito) meses, pelo qual a primeira confiou ao segundo serviços de Fiscal da Vigilância Sanitária.
2. O (A) **CONTRATADO (A)**, por força do instrumento ora distratado, vêm executando seus serviços até **30/11/2025**.
3. A **CONTRATANTE**, por razões próprias, decidiu desistir da continuidade do contrato até agora vigente, resolvendo as partes rescindirem o contrato até então vigente, restando acertado que, em razão dos serviços e atividades desenvolvidos até o momento.
4. O (A) **CONTRATADO (A)** outorga à **CONTRATANTE** plena, total e irrevogável quitação, para nada mais reclamar, a qualquer tempo e a que título for, em relação à avença distratado, bem como aos serviços prestados.
5. O presente distrato é firmado em caráter irrevogável e irretratável, obrigando as partes, seus herdeiros e sucessores.

Assim, as partes assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor, juntamente com as duas testemunhas abaixo.

Bom Jesus do Tocantins - TO, 30 de novembro de 2025.

CECÍLIA GUIMARÃES BATISTA

SERVIDOR (A)

Marcimeiry Ramos da Cruz Fonseca

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE



A autenticidade deste documento pode ser conferida pelo QRCode ou no Site <https://www.bomjesus.to.gov.br/assinex-validador> por meio do Código de Verificação: **Tipo de Acesso: 1002** e **Chave: MAT-939694-10122025091600**