



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS DO TOCANTINS**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**DISTRATO DE CONTRATO DE TRABALHO POR TEMPO DETERMINADO**

**Nº. 006/2025**

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, **ANNA LUYZA AMORIM DA SILVA**, brasileira, portadora do CPF nº **\*\*\*.\*\*\*.851-93** e RG nº 1.627.799 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 03/02/2025 firmaram o contrato nº. 32/2025, com o prazo de duração para 10 (DEZ) meses, pelo qual a primeira confiou ao segundo serviços de TÉCNICA DE ENFERMAGEM.
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.**

**ANNA LUYZA AMORIM DA SILVA**

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-f3f947-10122025091457**