**TIMBRE DA UNIDADE**

**TERMO DE SUSPENSÃO DE CONTRATO DE TRABALHO**

Por este instrumento particular de Suspensão de Contrato de Trabalho, de um lado o Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza, representado pelo Diretor <<NOME DA UNIDADE>>, <<NOME DO DIRETOR>>, RG. <<RG DO DIRETOR>>, por competência delegada pela Diretora Superintendente e, de outro lado **<<NOME DO EMPREGADO>>, RG.** << RG>>**, ACORDAM EM SUSPENDER,** o Contrato de Trabalho celebrado em << DATA DO CONTRATO QUE ESTÁ SENDO SUSPENSO \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ >>, nos termos do artigo 475 da CLT, a partir de << DATA DA CONCESSÃO DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ >>, enquanto perdurar a concessão de Aposentadoria por Invalidez ao empregado.

<<MUNICÍPIO>>, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ASSINATURA DO DIRETOR

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Empregado

Testemunhas:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome, R.G. e assinatura.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome, R.G. e assinatura.