|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TERMO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS E TERCEIRIZADOS** | **Nº.** |  |
| **CONTRATANTE**  |
| **RAZÃO SOCIAL**  | **DRT** |
| **ENDEREÇO** | **CNPJ** |
| **REPRESENTANTE LEGAL** | **EMAIL** |
| **CONTRATADA**  |
| **RAZÃO SOCIAL**  | **DRT** |
| **ENDEREÇO** | **CNPJ** |
| **REPRESENTANTE LEGAL** | **EMAIL** |
| **REPRESENTADO POR**  |
| **NOME** | **DRT** |
| **FUNÇÃO** | **EMAIL** |
| **RG** | **CPF** |
| **DADOS DA OBRA** |
| **TÍTULO DA OBRA**  | **MODALIDADE DE PRODUÇÃO****( ) Longa ( ) Média ( ) Curta ( ) Documentário ( ) Telefilme****( ) Série ( ) Minissérie ( ) Novela ( ) Programa para TV** **( ) Reality ( ) Conteúdo Audiovisual de Produção Independente** **( ) Conteúdo Audiovisual para Internet ( ) Vídeos**  |
| **PRESTAÇÃO DE SERVIÇO** |
| **DATA DE INÍCIO** | **DATA DE TÉRMINO** | **PERIODICIDADE****( ) DIÁRIA** **( ) SEMANAL** **( ) MENSAL** | **TOTAL HORAS CONTRATADAS** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORAS** | **PRAZO (DIAS)** |
| **REMUNERAÇÃO CONTRATADA** | **VALOR TOTAL DO PERÍODO** |

 Pelo presente instrumento de Termo de Prestadores de Serviços e Terceirizados, a produtora acima qualificada, através de seu representante legal abaixo assinado, contrata a prestação dos serviços da contratada nos termos e condições estabelecidas na cláusula nº 54ª da Convenção Coletiva de Trabalho, firmada entre o Sindcine e o Siaesp.

O presente termo deverá ser confeccionado em 04 (quatro) vias assim distribuídas:

**1ª VIA CONTRATANTE # 2ª VIA CONTRATADA # 3 e 4ª VIAS SINDICATO**

 Todas as vias do presente termo deverão primeiro ser entregues ao sindicato profissional para o seu registro até 01 (um) dia antes do início da obra.

E assim, as partes certas e ajustadas assinam o presente termo para que surta os efeitos legais.

**Preenchimento exclusivo do SINDCINE**

 **TERMO REGULAR**

 **Contrato nº..........................................**

Ressalvado o que não estiver de acordo com

a Lei 6.533, de 24/05/1978, CLT e Acordos

Coletivos da Categoria.

 **TERMO IRREGULAR**

 FALTA DRTASSINATURA

 DRT IRREGULAR

 PISO ABAIXO DA TABELA

 FALTA DO SEGURO OBRIGATÓRIO

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

São Paulo, / /

..........................................................................................................................................................................

 São Paulo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

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

 **CONTRATANTE**

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

  **CONTRATADA**