

TERMO ADITIVO A CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO 2024/2025

NÚMERO DE REGISTRO NO MTE: ES000621/2024
DATA DE REGISTRO NO MTE: 25/11/2024
NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: MR066492/2024
NÚMERO DO PROCESSO: 13040.203869/2024-65
DATA DO PROTOCOLO: 14/11/2024

NÚMERO DO PROCESSO DA CONVENÇÃO COLETIVA PRINCIPAL: 13040.201507/2023-59
DATA DE REGISTRO DA CONVENÇÃO COLETIVA PRINCIPAL: 06/12/2023

Confira a autenticidade no endereço <http://www3.mte.gov.br/sistemas/mediador/>.

SINTRAFARMA - SINDICATO DOS TRAB. EM DROGARIAS FARMACIA E DIST. PROD.FARMACEUTICOS NO EST. ESP. SANTO, CNPJ n. 36.329.365/0001-01, neste ato representado(a) por seu Presidente, Sr(a). ADERITON FERREIRA ALCANTARA;

E

SINDICATO DO COMERCIO ATACADISTA E DISTRIBUIDOR DO ESTADO DO ESPIRITO SANTO - SINCADES, CNPJ n. 09.553.634/0001-46, neste ato representado(a) por seu Presidente, Sr(a). IDALBERTO LUIZ MORO;

celebram o presente TERMO ADITIVO DE CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO, estipulando as condições de trabalho previstas nas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - VIGÊNCIA E DATA-BASE

As partes fixam a vigência do presente Termo Aditivo de Convenção Coletiva de Trabalho no período de 01º de novembro de 2024 a 31 de outubro de 2025 e a data-base da categoria em 01º de novembro.

CLÁUSULA SEGUNDA - ABRANGÊNCIA

O presente Termo Aditivo de Convenção Coletiva de Trabalho abrangerá a(s) categoria(s) **Práticos de Farmácias e Drogarias, Técnicos de Farmácias e Drogarias e demais Trabalhadores em Drogarias, Farmácias e Distribuidoras de Produtos Farmacêuticos e Hospitalar (exceto o Farmacêutico), com abrangência territorial em ES, com abrangência territorial em ES.**

**SALÁRIOS, REAJUSTES E PAGAMENTO
PISO SALARIAL****CLÁUSULA TERCEIRA - DO REAJUSTE SALARIAL**

As empresas reajustarão o piso salarial de seus empregados, a partir de 1º de novembro de 2024 em **6 % (seis por cento)** sendo que referido reajuste incidirá sobre os salários vigentes de 31/10/2024.

PARÁGRAFO ÚNICO: A partir de 1º de novembro de 2024, **"NENHUM"** empregado da categoria representada pelo Sindicato dos Trabalhadores em Drogarias, Farmácias e Distribuidoras de Produtos Farmacêuticos do Estado do Espírito Santo – SINTRAFARMA-ES poderá receber salário menor do que **R\$ 1.681.16 (um mil seiscientos oitenta e um reais e dezesseis centavos)**, (deixando claro que o piso se refere a carga horária de 44 semanais) devendo ser observadas as normas pertinentes previstas na Lei nº 13.467, de 13/07/2017.

**GRATIFICAÇÕES, ADICIONAIS, AUXÍLIOS E OUTROS
AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO****CLÁUSULA QUARTA - DO CARTÃO ALIMENTAÇÃO/REFEIÇÃO**

As empresas fornecerão mensalmente e sem ônus para os seus empregados, a partir de 1º de novembro de 2022, Cartão-Alimentação/Refeição no valor mínimo de **R\$ 20,78 (vinte reais e sessenta oito centavos)** para cada dia efetivamente trabalhado, inclusive quando estes laborarem aos sábados, domingos e feriados.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: Os referidos cartões serão fornecidos e/ou recarregados no primeiro dia útil de cada mês.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Fica desobrigada ao cumprimento da presente cláusula as empresas que fornecerem gratuitamente aos seus funcionários almoço ou jantar em refeitório próprio.

PARÁGRAFO TERCEIRO: Os benefícios concedidos nesta cláusula, não têm natureza salarial, estando livres de quaisquer incidências de encargos trabalhistas e previdenciários.

AUXÍLIO SAÚDE

CLÁUSULA QUINTA - DO PLANO DE SAÚDE

As empresas se obrigam a contratar Plano de Saúde Ambulatorial para todos os empregados no Comércio Atacadista de Produtos Farmacêuticos do Estado do Espírito Santo, na forma da proposta apresentada pelo Sindicato dos Trabalhadores em Drogarias, Farmácias e Distribuidoras de Produtos Farmacêuticos no Estado do Espírito Santo, que segue em anexo à presente Convenção Coletiva de Trabalho, que fica fazendo parte integrante da mesma, podendo o empregador optar por quaisquer outros Planos de Saúde Ambulatorial, validado pelo sindicato laboral, nos seguintes termos:

I – Fica o valor do Plano Ambulatorial referido no “caput” desta cláusula, limitado aos seguintes parâmetros: o empregador pagará à operadora de saúde a quantia de **R\$ 111,09 (cento onze reais e nove centavos), para a faixa etária de 18 (dezoito) a 43 (quarenta e três) anos**, por cada empregado; **para a faixa etária de 44 (quarenta e quatro) anos em diante, o empregador pagará a quantia de R\$ 149,97 (cento quarenta nove reais e noventa e sete centavos);**

II – Se o empregado aderir ao Plano de Saúde de maior cobertura, de outra empresa que não seja da proposta apresentada pelo Sindicato dos Trabalhadores em Drogarias, Farmácias e Distribuidoras de Produtos Farmacêuticos no Estado do Espírito Santo, que segue em anexo à presente Convenção Coletiva de Trabalho, que fica fazendo parte da mesma, o empregado ficará responsável pelo pagamento da diferença total entre o Plano Ambulatorial, para o de maior cobertura a qual optou;

III – O pagamento da diferença total entre o Plano Ambulatorial para o de maior cobertura, a qual optou o empregado, será descontado em folha de pagamento, mediante autorização prévia e por escrito do empregado, nos termos da Súmula de nº 342, do Tribunal Superior do Trabalho;

PARÁGRAFO PRIMEIRO: Exime-se da obrigação estipulada no caput e seus incisos, o empregador que espontaneamente já tiver contratado PLANO DE SAÚDE, com assunção de todo o seu custo, segundo as regras ora fixadas, salvo se o empregado OPTAR em aderir ao PLANO DE SAÚDE de menor custo para si, devendo tal opção ser feito por escrito ao empregador.

PARÁGRAFO SEGUNDO: O Empregador que já tiver contrato/convênio com outro plano de saúde deverá apresentar cópia do mesmo ao Sindicato dos Trabalhadores em Drogarias, Farmácias e Distribuidoras de Produtos Farmacêuticos no Estado do Espírito Santo, no prazo de 30 (trinta) dias, após a publicação do EDITAL DE DIVULGAÇÃO da presente CCT e/ou quando notificada pelo sindicato, sob pena de descumprimento da norma coletiva.

PARÁGRAFO TERCEIRO: Os empregados poderão incluir os seus dependentes no plano de saúde, com o pagamento total a expensas dos mesmos poderão os valores correspondentes ser descontados em folha de pagamento, mediante autorização prévia e por escrito do empregado, nos termos do Enunciado de nº 342 do Tribunal Superior do Trabalho.

PARÁGRAFO QUARTO: Se o empregado já for possuidor de outro plano de saúde empresarial, na qualidade de dependente, fica a empresa desobrigada de contratar o plano previsto nos itens anteriores.

PARÁGRAFO QUINTO: Se o empregado já possuir plano de saúde, na qualidade de titular e desse fato fazer prova expressa à sua empregadora, a mesma está desobrigada de contratar o plano previsto nos itens anteriores. Todavia, ficarão obrigados a repassar, mensal e comprovadamente nos comprovantes de salário, a título de ajuda de custo para pagamento de plano de saúde, os valores determinados no item I da cláusula nona, que não integram o salário para nenhuma finalidade.

PARÁGRAFO SEXTO: O plano de saúde previsto na presente cláusula, letras, incisos e parágrafos, não poderão conter cláusula de coparticipação dos empregados quando do seu uso.

PARÁGRAFO SÉTIMO: O Plano de Saúde da presente cláusula, letras e incisos, têm que ser, obrigatoriamente, registrado na Agência Nacional de Saúde.

SEGURO DE VIDA

CLÁUSULA SEXTA - DO SEGURO DE VIDA E ACIDENTES PESSOAIS

As empresas pagarão integralmente para todos os seus empregados, constantes da GEFIP – Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviços e Informações à Previdência Social, um seguro de vida e acidentes pessoais, garantido exclusivamente por Seguradora, de livre escolha pelo empregador, na modalidade de “**Capital Segurado Global**”, que contemple a opção de saldamento, com valor de prêmio mensal na ordem de **R\$ 12,06 (doze reais e seis centavos)**, por empregado com as Garantias Mínimas e Limites Máximos de Indenização abaixo:

? GARANTIAS E CAPITAIS SEGURADOS

GARANTIAS	LIMITE MÁX INDENIZAÇÃO
Morte 100%	R\$ 14.566,60
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) 100%	R\$ 14.566,60
Despesas com Adaptação em Caso de Invalidez por Acidente (DAIA) Reembolso de Despesas com Adaptação em Caso de Invalidez, efetuadas pelo Segurado para sua condução, deslocamento e habitação, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto com o Segurado, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, atestada por profissional legalmente habilitado.	R\$ 1.456,66
Forma de Pagamento: Reembolso até o limite do Capital Segurado. 9,99%	
Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) Pagamento Antecipado em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total em decorrência de Doença. Esta indenização caracteriza a antecipação de 50% da cobertura de Morte.	R\$ 7.285,15
Auxílio Especial por Acidente (AEPA) Forma de Pagamento: Será pago ao Segurado, de uma única vez, em forma de indenização, mediante a comprovação do afastamento temporário e ininterrupto. Cobertura: A partir do 16º dia de afastamento, em caso de lesão física, causada, exclusivamente por acidentes pessoal em decorrência de : a) Bichos peçonhentos; b) Choques elétricos; c) Prensamento de Membros; d) Projeção de materiais sobre partes do corpo;	R\$ 692,94

<p>e) Lesões pela utilização de ferramentas portáteis;</p> <p>f) Quedas no mesmo nível ou de mais de um nível.</p> <p>Franquia: 15 (quinze) dias</p> <p>Limite de Diárias: 30 diárias no valor de R\$ 23,10 cada uma.</p> <p>Importante: Esta cobertura não prevê reintegração. 4,76%</p>	
<p>Morte – Cesta Básica – Auxílio Alimentação</p> <p>Quantidade e Valor: 06 cestas básicas no valor de R\$ 139,85 cada uma.</p> <p>Forma de Pagamento: De uma única vez, em forma de indenização. 5,76%</p>	R\$ 839,13
<p>Morte - Inclusão Automática de Cônjuge 20%</p>	R\$ 2.913,32
<p>Morte - Inclusão Automática de Filhos</p> <p>Garante ao Segurado Titular o pagamento de uma indenização, de acordo com o valor do capital segurado contratado para esta garantia, em caso de falecimento de algum dos seus filhos dependentes, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nas Condições Gerais que regem este seguro.</p> <p>Forma de Pagamento: O pagamento será feito através de indenização para óbitos de maiores de 14 anos e para os filhos menores de 14 anos será devido o pagamento em forma de reembolso das despesas com funeral conforme Condições Gerais do contrato de Seguro. 10%</p>	R\$ 1.456,66
<p>Diárias de Internação Hospitalar - UTI (DIH – UTI)</p> <p>Decorrente de acidente pessoal coberto.</p> <p>Limite de Diárias: 03 diárias no valor de R\$ 1.155,32 cada uma.</p> <p>Franquia: 01 dia.</p> <p>Forma de Pagamento: De uma única vez, em forma de indenização. 25,22%</p>	R\$ 3.465,95
<p>Diárias de Incapacidade Temporária – Cesta Básica – Afastamento por Acidente ocorrido no Período de Trabalho (DIT – Cesta)</p> <p>Limite de Diárias: 01 cestas no valor de R\$ 328,34 cada uma.</p> <p>Franquia: 15 dias.</p> <p>Forma de Pagamento: A partir do 16º dia de afastamento e devidos quando se completar 30 dias a partir desta data, em forma de indenização, pago diretamente ao Segurado Principal. 2,39%</p>	R\$ 328,34
<p>Filhos Póstumos</p> <p>Garante ao responsável legal pelo nascituro nascido com vida o pagamento de uma indenização, em caso de morte do segurado titular, seja natural ou acidental, ocorrida durante o período gestacional.</p> <p>Forma de Pagamento: O pagamento será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia. 6,87%</p>	R\$ 1.000,00
<p>Morte – Assistência Funeral Segurado Titular.</p> <p>Forma de Pagamento: O beneficiário do Segurado Titular, poderá optar pela utilização da prestação de serviços de assistência funeral em caso de falecimento do Segurado Titular, ou pelo pagamento da Indenização em forma de reembolso prestado pela Seguradora, limitado ao valor máximo de indenização correspondente a R\$ 3.000,00 (três mil reais).</p> <p>Prestação de Serviços: A Assistência será prestada por empresa de Serviços credenciada pela Seguradora, exclusivamente contratada para prestar o</p>	R\$ 3.000,00

atendimento conforme Condições Gerais da Apólice deste Seguro. Atendimento 0800 314 3140 .	
Plano Individual – Padrão STANDARD. Cesta Natalidade Kit Mãe e Bebê CA – Ocorrendo o nascimento de filho(s) do(a) funcionário(a) o(a) mesmo(a) receberá DUAS CESTAS-NATALIDADE , caracterizadas como um KIT MÃE e um KIT BEBÊ, com conteúdos específicos para atender as primeiras necessidades básicas da beneficiária e seu bebê, desde que o comunicado seja formalizado pela mesma até 90 (trinta) dias após o parto, de acordo com o padrão contratados para esta garantia. Atendimento 0800 314 3140	CONTRATADO

? **SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA**

<p>Assistência Transporte – Titular Trabalhador Decorrente de Morte dos Parentes</p> <p>Garante ao Trabalhador Segurado, devidamente constante em GEFIP da empresa interposta, a assistência imediata para o deslocamento, entre a Cidade de residência e trabalho habitual, até a Cidade que ocorrerá o sepultamento ou cremação do parente, e respectivo retorno à Cidade de residência e trabalho habitual, cujo grau de parentesco, esteja contemplado no Artigo 473 da CLT - Consolidação das Leis do Trabalho – Decreto Lei 5.452, de 01 de Maio de 1943.</p> <p>Até 600 (seiscentos) quilômetros rodoviários</p> <p>Quando a distância entre a Cidade de residência e trabalho habitual, até a Cidade que ocorrerá o sepultamento ou cremação do parente for de até 600 (seiscentos) quilômetros rodoviários, a assistência ocorrerá através de transporte público rodoviário doméstico – ônibus intermunicipal ou interestadual.</p> <p>Superior a 600 (seiscentos) quilômetros rodoviários</p> <p>Quando a distância entre a Cidade de residência e trabalho habitual, até a Cidade que ocorrerá o sepultamento ou cremação do parente for superior a 600 (seiscentos) quilômetros rodoviários, a assistência poderá ocorrer através de transporte público aéreo doméstico, resguardado a disponibilidade de horários e assentos nos voos, que sejam viáveis para atendimento aos horários estabelecidos para o sepultamento ou cremação do parente.</p> <p>O segurado que durante a vigência da apólice precisar do deslocamento acima citado, deverá entrar em contato com a Central de atendimento através do telefone 0800 314 3140 e fornecer os documentos e/ou informações, necessários para o atendimento.</p>	<p>Limites:</p> <p>Até R\$ 1.000,00 e</p> <p>1 evento por ano</p>
<p>Orientação Jurídica</p> <p>Orientação Jurídica prestada por Advogado livremente escolhido pelo segurado, quando este estiver na condição de requerido (polo passivo) em Ações Judiciais de Alimentos, de Execução de Alimentos Guarda de Menores, Investigação de Paternidade, Tutela, Curatela, Interdição e Adoções Judiciais, por meio de reembolso correspondente a 5% (cinco por cento) do valor de consulta jurídica conforme tabela da OAB, limitado a R\$ 20,00 (vinte reais) e a uma utilização por ano, ou por meio de atendimento telefônico gratuito, em âmbito nacional, prestação de serviços conforme regulamento. Atendimento - 0800 314 3140</p>	

PARÁGRAFO PRIMEIRO: O empregador que já tiver Contrato/Convênio com outro Plano de Seguro de Vida, de sua livre escolha, na modalidade de Capital Segurado Global conforme os valores / garantias mínimas previstas no “caput” da presente cláusula, ficará excluído do pagamento referido, mas, deverá apresentar cópia do citado Plano do Seguro de Vida com os mesmos valores/coberturas mínimas do Seguro de Vida e Acidentes Pessoais descritas anteriormente, no prazo de 30 (trinta) dias após a publicação da presente Convenção Coletiva de Trabalho ou quando notificada pelo sindicato, sob pena de descumprimento de norma coletiva,

PARAGRAFO SEGUNDO: a fim de proteger os dados pessoais dos empregados como previsto na LGPD, o seguro de vida deverá ser contratado somente na modalidade de Capital Segurado Global.

PARÁGRAFO TERCEIRO: As empresas que tenham até 05 (cinco) empregados, deverão pagar, em cota única, o Seguro de Vida previsto no “caput” desta cláusula.

OUTROS AUXÍLIOS

CLÁUSULA SÉTIMA - DO PLANO ODONTOLÓGICO

As empresas contratarão em favor de seus empregados, plano odontológico assegurando referido direito a todos os trabalhadores alcançados pela presente norma coletiva, observando os seguintes parâmetros:

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Os empregadores pagarão pelo Plano Odontológico descrito no “caput” desta cláusula, o valor de **R\$ 23,81 (vinte três reais e oitenta um centavos) mensais**, para cada empregado, e deverão repassar dita importância à operadora odontológica apresentada pelo Sindicato laboral ou outra a escolha do empregador, podendo descontar do empregado o valor de R\$ 1,00 (um real) mensal.

PARÁGRAFO SEGUNDO - O Plano Odontológico a ser contratado pelo empregador, deverá ser obrigatoriamente, inscrito na ANS – Agência Nacional de Saúde, além de contemplar as coberturas mínimas exigidas por esta, fornecer documentação ortodôntica, manter o plano por 12 meses, com no mínimo duas consultas por mês no caso de perda de renda por desemprego involuntário, sendo dispensada a pré-aprovação, a perícia inicial, relacionadas ao tratamento que irão submeter-se os beneficiários da presente norma bem como seus dependentes.

PARÁGRAFO TERCEIRO - A inclusão do empregado no Plano Odontológico é obrigatória, devendo a empresa incluí-lo no referido Plano imediatamente após a sua admissão, ou em se tratando de empregado no curso do contrato de trabalho, a contratação ocorrerá no máximo em até 60 (sessenta dias) a contar da vigência da presente norma coletiva.

PARÁGRAFO QUARTO - O atendimento odontológico de Urgência e Emergência deverá cobrir todo o território nacional, independentemente do local de contratação do trabalhador.

PARÁGRAFO QUINTO - Não haverá coparticipação do trabalhador ao custeio mensal e tampouco quanto ao seu uso, estipulado nesta cláusula, exceto para a inclusão de dependentes, caso esta ocorra, que deverá ser descontado diretamente dos vencimentos dos empregados, na forma da Súmula 342 do TST, ou no caso do empregado optar por um plano odontológico de maior cobertura. Para ambos os casos, obedecer-se-á a tabela fixada pelo Plano Odontológico.

PARÁGRAFO SEXTO - Se o empregado já for possuidor de outro Plano Odontológico empresarial, (desde que contemple as garantias prevista no § 2º desta cláusula), na qual figure na qualidade de dependente e desde que não tenha ônus com o mesmo, ficam os empregadores desobrigados de contratar o plano previsto nesta cláusula, sendo, portanto obrigatória a apresentação do respectivo contrato no Sindicato laboral, após notificação nesse sentido, sob pena de descumprimento da norma coletiva.

PARÁGRAFO SÉTIMO - O Plano Odontológico objeto desta cláusula é garantido a todos os empregados, inclusive aos que se encontrarem na condição de afastamento médico e/ou previdenciário, não tendo, porém, natureza salarial, por não se constituir em contraprestação de serviços.

PARÁGRAFO OITAVO - Os empregadores que já tiverem contrato com qualquer outro Plano Odontológico estão desobrigados de contratar o Plano previsto nesta cláusula, desde que a assistência odontológica contratada ofereça as mesmas garantias e coberturas apresentadas pela Operadora Odontológica credenciada pelo Sindicato e deverá apresentar cópia do mesmo ao sindicato no prazo de 30 (trinta) dias, após a publicação do **EDITAL DE DIVULGAÇÃO** da presente CCT e/ou quando notificada pelo sindicato, sob pena de descumprimento da norma coletiva.

JORNADA DE TRABALHO – DURAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO, CONTROLE, FALTAS OUTRAS DISPOSIÇÕES SOBRE JORNADA

CLÁUSULA OITAVA - DA AUTORIZAÇÃO DE TRABALHO EM DIAS DE FERIADO

Fica autorizado o trabalho nos feriados federal, estadual e municipal, nos Shoppings Centers e em todos os estabelecimentos do Comércio Atacadista de Produtos Farmacêuticos e Hospitalares em todo o Estado do Espírito Santo, ressalvado, o segundo domingo (dia 12 de outubro de 2025, dedicado a comemoração do dia da categoria, que tem norma própria.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: As empresas pagarão aos seus empregados, as horas trabalhadas com acréscimo de **125% (cento vinte e cinco por cento)**, independentemente de trabalharem ou não em regime de escala, desfrutando ou não de folga compensatória, prévia ou posterior ao feriado trabalhado, a exceção do dia 12 de outubro de 2025, que deverá ser observada o parágrafo terceiro desta cláusula.

PARÁGRAFO SEGUNDO: A remuneração prevista no parágrafo primeiro desta cláusula, não poderá ser inferior a **R\$ 137,55 (cento trinta sete reais e cinquenta cinco centavos)**, por dia trabalhado, correspondente a jornada diária de **8 horas** e deverá ser paga juntamente com o salário do mês em curso.

PARÁGRAFO TERCEIRO: As empresas que funcionarem no dia 12 de outubro de 2025 (Dia da Categoria), fornecerá aos seus funcionários almoço ou jantar, transporte totalmente gratuito além do pagamento das horas extras no percentual de **200%**.

PARÁGRAFO QUARTO: Fica expressamente proibido compensar o trabalho realizado em dias de domingo, com folga nos feriados municipais, estadual e federais.

RELAÇÕES SINDICAIS CONTRIBUIÇÕES SINDICAIS

CLÁUSULA NONA - DAS CONTRIBUIÇÕES SINDICAIS

DAS CONTRIBUIÇÕES SINDICAL LABORAL: Para o exercício do ano de 2025, ficam prorrogadas as contribuições Negocial/Assistencial e Social, dos trabalhadores representados pelo Sintrafarma, nos mesmos moldes e valores descritos em suas respectivas Clausulas, Parágrafos e incisos da CCT 2023/2025.

DISPOSIÇÕES GERAIS OUTRAS DISPOSIÇÕES

CLÁUSULA DÉCIMA - DA MANUTENÇÃO DAS DEMAIS CLAUSULAS NÃO ALTERADAS POR ESTE ADITIVO

Ficam as partes signatárias do presente aditivo, autorizadas, para em conjunto ou separadamente, realizarem a consolidação e atualização das normas coletivas vigente da CCT 2023/2025, com as devidas alterações promovidas neste ADITIVO.

PARAGRAFO ÚNICO – Ficam mantidas as demais cláusulas originárias, assim como os parágrafos, incisos e demais regras não alterados por este aditivo, constantes da Convenção Coletiva de Trabalho 2023/2025.

}

ADERITON FERREIRA ALCANTARA
PRESIDENTE
SINTRAFARMA - SINDICATO DOS TRAB. EM DROGARIAS FARMACIA E DIST. PROD.FARMACEUTICOS NO EST. ESP. SANTO

**IDALBERTO LUIZ MORO
PRESIDENTE
SINDICATO DO COMERCIO ATACADISTA E DISTRIBUIDOR DO ESTADO DO ESPIRITO SANTO - SINCADES**

**ANEXOS
ANEXO I - ATA DE AUTORIZAÇÃO DE NEGOCIAÇÃO COLETIVA**

[Anexo \(PDF\)](#)

A autenticidade deste documento poderá ser confirmada na página do Ministério do Trabalho e Emprego na Internet, no endereço <http://www.mte.gov.br>.

