

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS  
DE MEDICINA DO TRABALHO, QUE ENTRE  
SI CELEBRAM A AGIR – ASSOCIAÇÃO  
GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E  
REABILITAÇÃO E A UNIMED GOIÂNIA  
COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO.**

Processo: 086/15 – AGIR

Migrado para o **Processo: 636/16 – HDS**

PUBLICADO NO SITE  
ASJURI

Pelo presente Instrumento, de um lado a **AGIR – ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO**, sociedade civil sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, qualificada como Organização Social pelo decreto estadual, nº. 5.591/02, Certificada como Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS-Saúde) pela Portaria MS/SAS nº. 1.180/15, entidade gestora do **HDS – HOSPITAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA E REABILITAÇÃO SANTA MARTA**, com inscrição no CNPJ nº. **05.029.600/0004-49**, localizada na Rodovia GO 403, Km 08, Colônia Santa Marta, CEP 74735-600, Goiânia-GO, representada por seu Superintendente Executivo, **Sérgio Daher**, infra-assinado, neste ato denominada **CONTRATANTE** e, de outro lado a empresa **UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, nome fantasia **UNIMED GOIÂNIA**, empresa privada, inscrita no CNPJ nº. **02.476.067/0001-22**, estabelecida na Avenida T 7, com praça T 18, nº. 650, Setor Bueno, CEP 74210-250, Goiânia-GO, doravante denominada **CONTRATADA**, neste ato por seus representantes legais, ao final identificados, celebram o presente Contrato mediante as seguintes cláusulas e condições

**Cláusula Primeira – DO OBJETO**

O presente contrato tem por objeto a Prestação de Serviços de Medicina do Trabalho, conforme **ANEXO I**, parte integrante deste contrato.

**Cláusula Segunda – DA CONDIÇÃO DE EXECUÇÃO DO SERVIÇO**

O objeto deste contrato será executado conforme os rigores da legislação vigente e aplicável (portarias, normas regulamentadoras, etc.), e ainda, de acordo com o **ANEXO I**, parte integrante do presente instrumento.

**Parágrafo Primeiro – A CONTRATANTE** encaminhará formalmente os trabalhadores para a realização dos exames, no endereço da **CONTRATADA**.

vmq

1/9



Vereador José Monteiro, 1655  
St. Negrão de Lima - Goiânia-GO  
CEP: 74653-230 SAC:(62) 3232-3232  
Fone: (62)3232-3000 Fax:(62) 3232-3003



HDS

HUGO 2



**Parágrafo Segundo** – A **CONTRATADA**, face à execução de seus serviços, realizará todos os procedimentos necessários para a emissão do ASO – Atestado de Saúde Ocupacional.

**Parágrafo Terceiro** – A falta de comprovação pelo trabalhador da regularidade vacinal, por meio do cartão de vacinas, não será motivo de inaptidão, devendo a **CONTRATADA** informar no seu relatório as ocorrências.

**Parágrafo Quarto** – Os casos de inaptidão deverão ser informados à **CONTRATANTE** por meio de relatório de inaptidão consubstanciado.

### **Cláusula Terceira – DOS ENCARGOS DA CONTRATANTE**

A **CONTRATANTE** se obriga a:

- a) promover o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, sob aspectos quantitativos e qualitativos, anotando as falhas detectadas e comunicando as ocorrências de quaisquer fatos que, a seu critério, exijam medidas corretivas por parte da **CONTRATADA**;
- b) efetuar pagamento à **CONTRATADA**, de acordo com as condições de preço e prazo estabelecidas neste contrato;
- c) prestar informações claras e precisas à **CONTRATADA**, possibilitando o fiel cumprimento do objeto;
- d) designar o setor ou empregado ao qual se reportará a **CONTRATADA**.

### **Cláusula Quarta – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

A **CONTRATADA** se obriga a:

- a) prestar serviços de realização de PCMSO, PPRA, PPP, LTCAT, Curso de CIPA, Exames Médicos Admissionais, Periódicos, Mudança de Função, Retorno ao Trabalho, Demissional e Homologação de Atestado em conformidade com o **ANEXO I**;
- b) designar profissional habilitado para a prestação dos serviços contratados;
- c) atender integralmente os termos deste contrato;
- d) manter quadro de pessoal suficiente para o cumprimento do objeto, sem interrupção, seja por motivo de férias, descanso semanal, licença, falta ao serviço ou demissão de empregados, que não terão, em hipótese alguma, qualquer relação de emprego com a **CONTRATANTE**, sendo de exclusiva responsabilidade da **CONTRATADA** as despesas com todos os encargos e obrigações sociais, trabalhistas e fiscais;
- e) responder por quaisquer danos pessoais ou materiais causados em razão da serviços prestados quando da execução do presente contrato;
- f) realizar os exames Admissionais, Periódicos, Retorno ao Trabalho, Mudança de Função e Demissionais, na sede da empresa **CONTRATADA** ou no

vmq



2/9



Av. Vereador José Monteiro, 1655  
St. Negrão de Lima - Goiânia-GO  
CEP: 74653-230 SAC:(62) 3232-3232  
Fone:(62)3232-3000 Fax:(62) 3232-3003



HDS



- ambulatório de atendimento do Médico do Trabalho, obedecendo a periodicidade estabelecida no relatório do PCMSO;
- g) manter em dia todos os documentos gerados pela Prestação de Serviços, exigidos pela fiscalização, tais como: 1ª vias do ASO (Atestado de Saúde Ocupacional), Resultados dos Exames e Prontuários Médicos, entre outros, os quais deverão ser arquivados no estabelecimento da **CONTRATANTE**;
  - h) a **CONTRATADA** atenderá os colaboradores da **CONTRATANTE** mediante encaminhamento, que deverá estar assinado e carimbado pelo responsável do Departamento Pessoal/ RH/ SESMT;
  - i) não transferir a outrem, no todo ou em parte, o objeto do presente contrato, sem prévia e expressa anuência da **CONTRATANTE**.

#### Cláusula Quinta – DO VALOR CONTRATUAL

Os valores unitários dos serviços estão descritos no **ANEXO I**, parte integrante deste contrato, incluindo todos os custos relacionados com despesas decorrentes de exigência legal e condições de gestão deste contrato.

**Parágrafo Primeiro** – Os valores são fixos e irrevogáveis pelo período de 12 (doze) meses, podendo ser reajustado em caso de prorrogação contratual ou acordo prévio entre as partes, com base no menor dos índices apurados no mercado.

**Parágrafo Segundo** – A realização de **exames complementares** não contemplados no **ANEXO I**, poderão ser realizados desde que submetidos a prévia autorização da **CONTRATANTE**, especialmente quanto ao valor a ser cobrado.

**Parágrafo Terceiro** – Uma vez autorizado, o exame e o valor ajustado passam a integrar o **ANEXO I** do contrato, independentemente de transcrição.

**Parágrafo Quarto** – Excedida a quantidade de **155 (cento e cinquenta e cinco) ASOS** (contratados e bônus), a **CONTRATANTE** pagará o valor unitário por **ASO Excedente**, conforme **ANEXO I**.

**Parágrafo Quinto** – A **CONTRATADA** declara que os valores contidos na proposta incluem todos os custos e despesas necessários ao cumprimento integral do objeto, tais como: custos diretos e indiretos, tributos incidentes, taxa de administração, materiais, serviços, encargos sociais e trabalhistas, seguros, frete, embalagens, lucro e outros.

#### Cláusula Sexta – DO PAGAMENTO

Na ausência de condição mais benéfica, o pagamento dos serviços prestados será efetuado **mensalmente**, na **segunda sexta-feira do mês subsequente** a prestação dos serviços, mediante apresentação pela **CONTRATADA** da Nota Fiscal devidamente atestada pelo setor competente, acompanhada de relatório contendo a discriminação qualitativa e quantitativa dos serviços executados, se for o caso, através de **crédito bancário**, ou por outro meio, desde que expressamente informado.

vmq



Av. Vereador José Monteiro, 1655  
St. Negrão de Lima - Goiânia-GO  
CEP: 74653-230 SAC:(62) 3232-3232  
Fone: (62)3232-3000 Fax:(62) 3232-3003



3/9

#DS

HUGO 2



**Parágrafo Primeiro** – É condição indispensável para que os pagamentos ocorram no prazo estipulado que os documentos hábeis apresentados para recebimento não se encontrem com incorreções, caso haja alguma incorreção, o pagamento só será realizado após estas estarem devidamente sanadas.

**Parágrafo Segundo** – Nenhum pagamento será efetuado à **CONTRATADA** enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação financeira que eventualmente lhe tenha sido imposta, em virtude de penalidade ou inadimplência.

**Cláusula Sétima – DAS CERTIDÕES DE REGULARIDADE FISCAL**

A **CONTRATADA** deverá apresentar as **Certidões de Regularidade Fiscal e Trabalhista** para cada pagamento a ser efetuado pela **CONTRATANTE**, em obediência às exigências dos órgãos de regulação, controle e fiscalização.

**Cláusula Oitava – DO PRAZO DA VIGÊNCIA**

O presente contrato terá vigência por **12 (meses)**, contados a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por prazos iguais e sucessivos, mediante manifesto interesse das partes, através de aditivo.

**Cláusula Nona – DA ALTERAÇÃO**

Este instrumento poderá ser alterado por meio de aditivo contratual, mediante acordo, e/ou na ocorrência de fatos supervenientes e alheios a vontade das partes, devidamente comprovados.

**Cláusula Décima – DA DESVINCULAÇÃO TRABALHISTA**

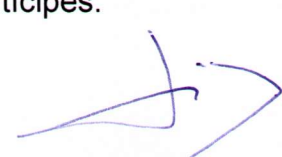
O presente contrato é de natureza estritamente civil, não se estabelecendo, por força deste instrumento, qualquer vínculo empregatício ou responsabilidade da **CONTRATANTE** com relação à **CONTRATADA**, pela execução dos serviços ora pactuados seja no âmbito tributário, trabalhista, ambiental, previdenciário, assistencial e/ou securitário.

**Cláusula Décima Primeira – DA EXTINÇÃO**

Este contrato, observado o prazo mínimo de **30 (trinta) dias** de antecedência para comunicação prévia, por escrito, poderá ser extinto por rescisão, decorrente de inadimplência de quaisquer de suas cláusulas e condições; por rescisão unilateral (desistência ou renúncia) caso em que poderá haver ressarcimento por perdas e danos e, por rescisão bilateral (distrato), não incorrendo em ressarcimento de perdas e danos para nenhum dos partícipes.



vmq



4/9



**Cláusula Décima Segunda – DO FORO**

Para dirimir as questões oriundas da execução desse contrato, fica eleito o foro da Comarca de Goiânia, capital de Goiás, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

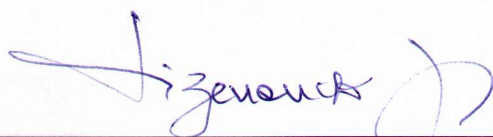
E por estarem contratadas, firmam o presente instrumento em **02 (duas) vias** de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo nomeadas.

Goiânia, 14 de setembro de 2016.



---

**Sérgio Daher**  
Superintendente Executivo / AGIR  
190.404.581-20



---

**Sizenando da Silva Campos Júnior**  
Diretor Presidente / UNIMED  
253.468.571-68



---

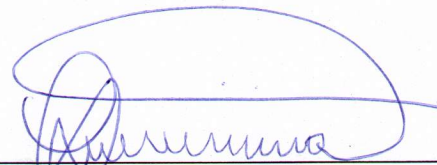
**José Garcia Neto**  
Diretor de Recursos e Serv. P. / UNIMED  
380.804.001-72

Testemunhas:



---

**Vanessa Maria de Queiroz**  
CPF: 000.096.021-78



---

**Cátia Rodrigues de Oliveira**  
CPF: 880.302.021-72

**Wilmar da Costa Ferreira**  
CPF: 623.967.221-15  
vmaq 62396722115

**J. F. da Silva Souza**  
RG: 1.792.460 SSP - GO  
CPF: 439.577.901-82



5/9



## ANEXO I

TABELA DE VALORES DOS SERVIÇOS - HDS						
Item	Descrição dos Serviços	Und.	Quantidade Estimada	Valor Unitário	Abrangência	Valor Total p/ Serviço
1	PCMSO (contempla 141 ASOS - Admissionais; Periódicos; Mudança de Função; Retorno ao Trabalho e Demissional)	Programa	01	6.963,00	Programa	6.963,00
1.1	ASOS Bônus (Atestados de Saúde Ocupacional - Admissionais; Periódicos; Mudança de Função; Retorno ao Trabalho e Demissional)	Até 10% da quantidade contratada	14	Sem custo	ASO (Admissionais; Periódicos; Mudança de Função; Retorno ao Trabalho e Demissional)	Bônus
2	ASOS Excedentes (Acima de 155 ASOS (141+14) Atestados de Saúde Ocupacional - Admissionais; Periódicos; Mudança de Função; Retorno ao Trabalho e Demissional)	Por ASO	01	43,00	Consulta	43,00
3	PPRA	Programa	01	3.800,00	Programa	3.800,00
4	PPP	Por demissão	01	22,00	Colaborador	22,00
5	LTCAT	Programa	01	10.000,00	Por Função (o valor abrange toda empresa)	10.000,00
6	Montagem e Curso da CIPA	Curso	01	2.258,00	Até 20 participantes (uma montagem)	2.258,00
7	Avaliação de Atestado (Homologação)	Consulta	01	50,00	Consulta	50,00
<b>Valor Contratual Estimado</b>					<b>23.136,00</b>	

Fonte: processo administrativo 086/15 AGIR, fls. 434/443.

**Legenda:**

PCMSO - Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional  
PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais  
PPP - Perfil Previdenciário Profissiográfico  
LTCAT - Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho  
CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes  
ASO - Atestado de Saúde Ocupacional

vmq



Av. Vereador José Monteiro, 1655  
St. Negrão de Lima - Goiânia-GO  
CEP: 74653-230 SAC: (62) 3232-3232  
Fone: (62) 3232-3000 Fax: (62) 3232-3003



HDS



6/9



**TABELA DE EXAMES COMPLEMENTARES - UNIMED**

Item	Descrição dos Exames	Valor Unitário / R\$
1	2,5 Hexanodiona Urinária	13,96
2	AcetilColinesterase	3,36
3	Ácido delta aminolevulínico (para chumbo inorgânico)	5,04
4	Ácido delta aminolevulínico desidratase (para chumbo inorgânico)	10,08
5	Ácido Fólico	14,28
6	Ácido Hipúrico	10,08
7	Ácido Metilhipúrico	10,08
8	Ácido Úrico	2,35
9	Alumínio	25,20
10	Amilase	3,02
11	Anti - Peroxidase - TPO - Microsossomal	18,48
12	Anti HBs (HBSAC / Hepatite B)	13,44
13	Anti HCV (Elisa / Hepatite C)	33,60
14	Antígeno específico prostático total (PSA)	31,92
15	Apolipoproteína A	13,44
16	Apolipoproteína B	13,44
17	Audiometria	14,38
18	Beta HCG - Teste de Gravidez	10,80
19	Bilirrubinas	3,36
20	Capacidade de fixação de ferro	2,35
21	Carboxihemoglobina	5,04
22	Cerumen - remoção (bilateral)	23,75
23	Chagas IgG	11,20
24	Chagas IgM	8,40
25	Chumbo (Sangue)	13,44
26	Colesterol HDL	4,70
27	Colesterol LDL	1,68
28	Colesterol Total	2,35
29	Colesterol VLDL	1,68
30	Colinesterase Total Plasmática	4,20
31	Colpocitologia	11,76
32	Consulta - Avaliações Médicas (Oftalmologista, Cardiologista etc)	80,00
33	Consulta Saúde Ocupacional - Intercambio	80,00
34	Creatinina	2,35
35	Creatino fosfoquinase total (CK)	6,72
36	Cultura de fezes	10,08
37	Curva glicêmica	10,92
38	Desidrogenase Lática - DHL	5,04
39	ECG Convencional	25,00
40	EEG de rotina	52,08
41	Eletroforese de proteínas	6,72
42	Eletroforese de Hemoglobina	6,38
43	Espemograma	6,38
44	Espirometria	60,00
45	Exame Micológico Direto (por local)	9,00
46	Fator antinúcleo, (FAN)	7,00
47	Fenol	10,08

vmq

719



Av. Vereador José Monteiro, 1655  
St. Negrão de Lima - Goiânia-GO  
CEP: 74653-230 SAC: (62) 3232-3232  
Fone: (62)3232-3000 Fax: (62) 3232-3003



#DS



48	Ferritina	21,84
49	Ferro Serico	3,02
50	Fosfatase Alcalina	3,02
51	Gama-glutamil transferase - GAMA GT	3,36
52	Glicemia após sobrecarga com dextrosol ou glicose	4,70
53	Glicose	2,35
54	Grupo Sanguineo ABO e Rh	2,52
55	Hemoglobina glicada (Fração A1c)	7,56
56	Hemograma Completo	5,04
57	Hemossedimentação (VHS)	1,68
58	Hepatite A - HAV - IgG	16,80
59	Hepatite B - Anti-HBC IGG	16,80
60	Hepatite B HBSAG (Antígeno Austrália)	12,77
61	HIV	25,20
62	IgE total	11,76
63	Mamografia Convencional Bilateral	106,75
64	Metahemoglobina	5,04
65	Metais Al, As, Cd, Cr, Mn, Hg, Ni, Zn, Co, outro (s)	20,16
66	Metanol	8,40
67	Parasitológico de Fezes	3,36
68	Parasitologico Tres Amostras - MIF	3,36
69	Perfil lipidico/ Lipidograma	11,76
70	Plaquetas	11,09
71	Plasmodio	2,35
72	Potássio	2,35
73	Proteínas Totais	2,35
74	Protoporfirina eritrocitaria livre - Zinco	5,04
75	Prova Atividade de Febre Reumatica (PAR)	18,48
76	Prova de Função Pulmonar Completa	131,25
77	Radiografia do Torax - (1INC)	23,34
78	Radiografia do Torax - (2INC)	29,86
79	Raio x da Coluna Cervical	30,26
80	Raio x da Coluna Dorsal - 2 incidencias	32,95
81	Raio x da Coluna Lombo-sacra - (3INC)	35,85
82	Raio x da Coluna Lombo-sacra - (5INC)	41,68
83	Raio x da Coluna Total para Escoliose	65,09
84	Raio x do Calcaneo	24,96
85	Raio x do Ombro PA e Perfil	29,23
86	Reticulócitos	1,68
87	Sífilis - VDRL	3,02
88	Sífilis IgG	5,04
89	Sódio	2,35
90	T3 livre	14,28
91	T4 livre	15,12
92	Teste Ergométrico Convencional	99,83
93	Testosterona total	18,48
94	Tireoestimulante, hormonio (TSH)	15,12
95	Toxoplasmose IgG	10,08
96	Toxoplasmose IgM	13,44
97	Transaminase oxalacética - TGO	2,35
98	Transaminase pirúvica - TGP	2,35
99	Transferrina	10,08
100	Triclorocompostos Totais	5,04

vmq

8/9



Av. Vereador José Monteiro, 1655  
St. Negrão de Lima - Goiânia-GO  
CEP: 74653-230 SAC:(62) 3232-3232  
Fone: (62)3232-3000 Fax:(62) 3232-3003



#DS

HUGO 2



CRER



101	Triglicérides	3,36
102	Tripanossoma, pesquisa	2,35
103	Uréia	2,35
104	Urina / EAS	3,02
105	Varicela, IgG	11,20
106	Vitamina B12	15,12
107	Zinco, pesquisa e/ou dosagem	20,16
1	2,5 Hexanodiona Urinária	13,96
2	AcetilColinesterase	3,36
3	Ácido delta aminolevulínico (para chumbo inorgânico)	5,04
4	Ácido delta aminolevulínico desidratase (para chumbo inorgânico)	10,08
5	Ácido Fólico	14,28
6	Ácido Hipúrico	10,08
7	Ácido Metilhipúrico	10,08
8	Ácido Úrico	2,35
9	Alumínio	25,20
10	Amilase	3,02
11	Anti - Peroxidase - TPO - Microsossomal	18,48
12	Anti HBs (HBSAC / Hepatite B)	13,44
13	Anti HCV (Elisa / Hepatite C)	33,60
14	Antígeno específico prostático total (PSA)	31,92
15	Apolipoproteína A	13,44
16	Apolipoproteína B	13,44
17	Audiometria	14,38
18	Beta HCG - Teste de Gravidez	10,80
19	Bilirrubinas	3,36
20	Capacidade de fixação de ferro	2,35
21	Carboxihemoglobina	5,04
22	Cerumen - remoção (bilateral)	23,75
23	Chagas IgG	11,20
24	Chagas IgM	8,40
25	Chumbo (Sangue)	13,44
26	Colesterol HDL	4,70
27	Colesterol LDL	1,68
28	Colesterol Total	2,35
29	Colesterol VLDL	1,68
30	Colinesterase Total Plasmática	4,20
31	Colpocitologia	11,76
32	Consulta - Avaliações Médicas (Oftalmologista, Cardiologista etc)	80,00
33	Consulta Saúde Ocupacional - Intercambio	80,00
34	Creatinina	2,35
35	Creatino fosfoquinase total (CK)	6,72
36	Cultura de fezes	10,08
37	Curva glicêmica	10,92
38	Desidrogenase Lática - DHL	5,04
39	ECG Convencional	25,00
40	EEG de rotina	52,08
41	Eletroforese de proteínas	6,72
42	Eletroforese de Hemoglobina	6,38

Fonte: processo administrativo 086/15 AGIR, fls. 162/163.

vmq



Vereador José Monteiro, 1655  
St. Negrão de Lima - Goiânia-GO  
CEP: 74653-230 SAC: (62) 3232-3232  
Fone: (62)3232-3000 Fax: (62) 3232-3003



HDS



9/9

