

**CRENCIAMENTO DE PRESTAÇÃO  
DE SERVIÇOS MÉDICOS QUE ENTRE  
SI CELEBRAM A AGIR – ASSOCIAÇÃO  
GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E  
REABILITAÇÃO E A COOPERATIVA  
MÉDICA DO ESTADO DE GOIÁS.**

PUBLICADO NO SITE  
ASJURI

Processo: 088/15 – AGIR

Migrado para o **Processo 766/2015 – HUGOL**

Pelo presente instrumento, de um lado a **AGIR – ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO**, entidade 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. 611/12, gestora do **HUGOL – HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA**, com inscrição no CNPJ nº. 05.029.600/0003-68, localizada na Av. Anhanguera, nº. 14.527, Qd. área, Lt. área, Setor Santos Dumont, CEP 74463-350, Goiânia-GO, representada por seu Superintendente Executivo, **Sérgio Daher**, infra-assinado, neste ato denominada **CRENCIANTE** e, de outro lado a empresa **COOPERATIVA MÉDICA DO ESTADO DE GOIÁS**, nome fantasia **COMEGO**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 24.835.258/0001-76, com sede na Rua 124, nº. 53, Setor Sul, CEP 74465-539, Goiânia-GO, doravante denominada **CRENCIADA**, neste ato representada por seus representantes legais, ao final identificados, celebram o presente credenciamento mediante as seguintes cláusulas e condições:

**Cláusula Primeira – DO OBJETO**

O presente credenciamento tem por objeto a prestação de serviços permanentes de assistência médica pelos Cooperados da **CRENCIADA**, em nome próprio, em suas respectivas especialidades, aos usuários da **CRENCIANTE**.

acnmr

1/5



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



### Cláusula Segunda – DAS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO

Este credenciamento não tem caráter de exclusividade no atendimento do seu objeto, podendo ser a demanda dividida com outros profissionais, prestadores de serviço ou não, conforme o interesse da **CRENCIANTE**.

**Parágrafo Único** – Os serviços dos profissionais serão prestados no **HUGOL – HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA**, na Av. Anhanguera, nº. 14.527, Qd. área, Lt. área, Setor Santos Dumont, CEP 74463-350, Goiânia-GO.

### Cláusula Terceira – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES

#### I - DA CRENCIANTE

- a) efetuar o pagamento, com pontualidade, das faturas apresentadas, observadas as condições estabelecidas neste instrumento;
- b) fornecer à **CRENCIANADA** todas as informações relacionadas com o objeto deste credenciamento;
- c) notificar por escrito a **CRENCIANADA** a respeito de quaisquer irregularidades constatadas na execução dos serviços;
- d) expedir por escrito as advertências dirigidas à **CRENCIANADA**;
- e) responsabilizar-se por irregularidades no cadastro de seus beneficiários, que não sejam detectáveis com a apresentação da carteira personalizada de identificação, tais como: empréstimo de carteira, usuário excluído detentor de carteira válida, etc.;
- f) divulgar, junto aos seus beneficiários, nome, endereço e horário de atendimento dos cooperados da **CRENCIANADA**;
- g) comunicar à **CRENCIANADA**, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias, qualquer modificação em procedimento ou forma de atendimento aos seus beneficiários;
- h) disponibilizar aos cooperados da **CRENCIANADA**, sem qualquer ônus, as condições físicas e operacionais necessárias ao atendimento dos beneficiários, a exemplo, dentre outras, de consultórios, controles de agendamento, leitos, unidades cirúrgicas, pré e pós-operatório.

#### II - DA CRENCIANADA

- a) zelar para que seus cooperados cumpram rigorosamente as normas e as cláusulas e condições estabelecidas neste credenciamento;
- b) zelar para que seus cooperados atendam aos beneficiários da **CRENCIANTE**, dentro das normas impostas pelo exercício da profissão, bem como as solicitações da **CRENCIANTE** que se relacionam com o objeto deste credenciamento;
- c) emitir mensalmente a competente Nota Fiscal de serviços em consonância com os serviços prestados por seus cooperados à **CRENCIANTE**;

acnmr

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



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE  
GOVERNO DE GOIÁS

HDS

HUGO 2



2/5

60

Handwritten signature

- d) responsabilizar-se pelo pagamento, na forma de seu regulamento próprio, aos cooperados;
- e) reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, o objeto do credenciamento em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da sua execução.

### III - DOS COOPERADOS DA CREDENCIADA

- a) verificar a regularidade do beneficiário da **CREDENCIANTE**, conforme norma própria;
- b) não fazer discriminação entre os pacientes beneficiários da **CREDENCIANTE**;
- c) esclarecer os riscos referentes aos procedimentos quando solicitados por escrito pela **CREDENCIANTE** ou diretamente pelos beneficiários.

### Cláusula Quarta – DOS VALORES

Os valores obedecerão ao estabelecido na tabela de preços do plano de assistência à saúde pública, descontadas as incidências tributárias, fiscais, despesas decorrentes de exigência legal e outras que venham a ser criadas pelas autoridades competentes.

**Parágrafo Único** – Faculta-se as partes o ajuste de pagamento de valores complementares ao estabelecido no *caput*.

### Cláusula Quinta – DA APRESENTAÇÃO DAS FATURAS E DO PAGAMENTO

Os valores dos serviços devidos serão pagos mediante a apresentação pela **CREDENCIADA** da competente Nota Fiscal com discriminação do serviço prestado.

**Parágrafo Primeiro** – O pagamento de que trata o *caput* se dará após a realização do pagamento à **CREDENCIANTE** pelo respectivo plano de assistência à saúde pública.

**Parágrafo Segundo** – A **CREDENCIANTE** efetuará o controle dos procedimentos realizados a fim de proceder ao faturamento dos serviços junto ao plano de assistência à saúde.

**Parágrafo Terceiro** – Para que a **CREDENCIADA** cumpra o estabelecido no *caput* a **CREDENCIANTE** informará mensalmente à **CREDENCIADA** os valores pagos pelo respectivo plano de assistência à saúde pública.

**Parágrafo Quarto** – A **CREDENCIANTE** não se responsabilizará pela glosas que venham a ocorrer.



acnmr

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



SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE  
GOVERNO DE GOIÁS

HDS

HUGO 2



3/5

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

**Parágrafo Quinto** – Os pagamentos serão recebidos pela **CRENCIADA**, na qualidade de representante de seus cooperados, que poderá em nome destes envidar todos os esforços para a sua cobrança.

**Parágrafo Sexto** – Não será repassado à **CRENCIADA** nenhum valor adicional, somente os valores correspondentes à produção de cada profissional médico cooperado.

**Parágrafo Sétimo** – 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 Oitavo** – A **CRENCIADA** declara que os valores apurados incluem todas e quaisquer despesas de natureza social, trabalhistas, previdenciária, tributária ou securitária na execução deste credenciamento, salvo as contribuições que por lei são atribuídas exclusivamente ao tomador do serviço, não possuindo estes qualquer vínculo empregatício com a **CRENCIANTE**.

#### **Cláusula Sexta – DAS CERTIDÕES DE REGULARIDADE FISCAL**

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

#### **Cláusula Sétima – DO REGISTRO NO CRM**

**CRENCIANTE** e **CRENCIADA** deverão possuir em seus quadros médico responsável técnico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, de acordo com Resoluções do Conselho Federal de Medicina e o Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás e com o Código de Ética Médica.

**Parágrafo Único** – Os profissionais médicos do corpo clínico aberto serão credenciados no hospital exclusivamente pela Diretoria Técnica.

#### **Cláusula Oitava – DO VÍNCULO LABORAL**

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

#### **Cláusula Nona – DAS ALTERAÇÕES CONTRATUAIS**

acnmr



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



HDS

HUGO 2



As Partes, a qualquer tempo, poderão efetuar modificações, alterações e/ou inclusões de novas cláusulas neste credenciamento através de termo aditivo, após acordadas e assinadas pelas partes.

#### Cláusula Décima – DA VIGÊNCIA

O presente credenciamento terá vigência por **12 (doze) meses**, contados a partir de **01 de setembro de 2015**, sendo prorrogado automaticamente na ausência de denúncia das partes, podendo o mesmo ser rescindido por qualquer das partes, a qualquer momento, desde que a outra parte seja notificada por escrito com antecedência mínima de **30 (trinta) dias**.

#### Cláusula Décima Primeira – DO FORO

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

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

Goiânia, 02 de setembro de 2015.

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

  
\_\_\_\_\_  
**Valdir Junqueira**  
Diretor-Secretário / COMEGO  
048.997.412-00

Testemunhas:

  
\_\_\_\_\_  
**Ana Carolina Neres Martins Ribeiro**  
CPF: 019.761.911-81

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