

## 2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boletto

Via Internet Banking CAIXA

|                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Banco Recebedor:</b>        | CAIXA ECONÔMICA FEDERAL        |
| <b>Pagador Final / Efetivo</b> |                                |
| <b>CPF/CNPJ:</b>               | 00.211.504/0001-50             |
| <b>Nome:</b>                   | CASA DE APOIO A CRIANCA C CONT |
| <b>Conta de débito:</b>        | 00893   1292   000577299005-1  |

|                                                    |                                                           |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Representação numérica do código de barras:</b> | 40192.02524 79000.000004 00001.570563 5<br>12300000090526 |
| <b>Instituição Emissora - Nome do Banco:</b>       | IUGU INSTITUICAO DE PAGAMENTO S.A.                        |
| <b>Código do Banco:</b>                            | 401                                                       |
| <b>Código do ISPB:</b>                             | 15111975                                                  |
| <b>Beneficiário original / Cedente</b>             |                                                           |
| <b>Nome Fantasia:</b>                              | AAC MED SERVICOS EM SAUDE E SEGURANCA OCUPACIONAL         |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | AAC MED SERVICOS EM SAUDE E SEGURANCA OCUPACIONAL         |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 14.976.746/0001-40                                        |
| <b>Beneficiário Final</b>                          |                                                           |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | AAC MED SERVICOS EM SAUDE E SEGURANCA OCUPACIONAL         |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 14.976.746/0001-40                                        |
| <b>Pagador Sacado</b>                              |                                                           |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTAGEM               |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 00.211.504/0001-50                                        |
| <b>Pagador Final - Correntista</b>                 |                                                           |
| <b>Nome/Razão Social:</b>                          | CASA DE APOIO A CRIANCA C CONT                            |
| <b>CPF/CNPJ:</b>                                   | 00.211.504/0001-50                                        |

|                                          |            |
|------------------------------------------|------------|
| <b>Data do Vencimento:</b>               | 10/10/2025 |
| <b>Data de Efetivação / Agendamento:</b> | 09/10/2025 |
| <b>Valor Nominal do Boletto:</b>         | 905,26     |
| <b>Juros (R\$):</b>                      | 0,00       |
| <b>IOF (R\$):</b>                        | 0,00       |
| <b>Multa (R\$):</b>                      | 0,00       |
| <b>Desconto (R\$):</b>                   | 0,00       |

|                               |        |
|-------------------------------|--------|
| <b>Abatimento (R\$):</b>      | 0,00   |
| <b>Valor Calculado (R\$):</b> | 905,26 |
| <b>Valor Pago (R\$):</b>      | 905,26 |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| <b>Data/hora da operação:</b> | 09/10/2025 17:10:06 |
|-------------------------------|---------------------|

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| <b>Código da operação:</b> | 53854944161      |
| <b>Chave de segurança:</b> | PXC0N5VVJ7C3HWTQ |

**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Alô CAIXA: 0800 104 0104

Prot.

## Pendente

## CLIENTE

CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM

## CPF/CNPJ

00.211.\*\*\*/\*-50

## ENDEREÇO

Rua Paineiras, 1448, Contagem/MG, 32310400

## CEDENTE

AAC MED SERVICOS EM SAUDE E SEGURANCA  
OCUPACIONAL E ASSISTENCIAL LTDA

## CPF/CNPJ

14.976.\*\*\*/\*-40

## ENDEREÇO

RUA ERNESTINA DINIZ MOREIRA, 150 SALAO 01,  
CONTAGEM/MG, 32041330

IDENTIFICAÇÃO DA FATURA: 18CE17091D1E4EC4B7B4AF1E77CDF6D3

DATA DE EMISSÃO: 06/10/2025

## Detalhes da Fatura

DATA DE VENCIMENTO: 10/10/2025

## Descrição

## Valor

Após 5 dias de vencido o boleto irá para PROTESTO E SERASA automaticamente pelo banco.  
Juros e multa incluso no boleto.

R\$ 905,26

Subtotal

R\$ 905,26

Desconto

R\$ 0,00

Multa/Juros

R\$ 0,00

Total

R\$ 905,26

## Pagar Fatura

Efetue o pagamento com segurança pela internet ou em uma agência bancária.

Confira as opções de pagamento para esta fatura.



## O QUE É O PIX?

O Pix é a nova modalidade de transferências do banco central, que funcionam 24 horas por dia e possuem confirmação em tempo real.  
Procure em seu aplicativo de banco ou conta digital a funcionalidade e escaneie o QR Code ao lado ou copie o código usando o Pix Cópia e Cola para efetuar um pagamento.

IUGU INSTITUIÇÃO DE PAGAMENTO S.A. 401  
40192.02524 79000.000004 00001.570563 5 12300000090526LOCAL DE PAGAMENTO  
Pagável em qualquer banco ou lotérica.NOSSO NÚMERO  
728027252794648BENEFICIÁRIO  
AAC MED SERVICOS EM SAUDE E SE...  
CNPJ: 14976746000140

SACADOR/AVALISTA

VENCIMENTO  
10/10/2025VALOR DO DOC.  
R\$ 905,26

## INSTRUÇÕES

Após o vencimento cobrar: Multa por atraso de R\$ 18,10 e Mora diária de R\$ 0,30  
Não receber após o dia 09/11/2025.

PIX



MULTA/JUROS

VALOR A PAGAR

CLIENTE  
CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM - CPF/CNPJ 00.211.504/0001-50  
Rua Paineiras, 1448 Contagem - MG, 32310-400

Linha Digitável

40192.02524 79000.000004 00001.570563 5 12300000090526



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                       |                    |                                                                       |                     |                                        |          |                                                                                     |           |                               |               |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------|---------------|--------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM</b><br><b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA</b><br><b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e</b> |                    |                                                                       |                     | <b>Número da NFS-e</b><br><b>22786</b> |          |  |           |                               |               |                                |
| Data e Hora da Emissão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 06/10/2025 14:36:42                                                                                                                   |                    | Competência                                                           |                     | 6/10/2025                              |          | Código de Verificação                                                               |           | YWU1JBAXY                     |               |                                |
| Número do RPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 22572                                                                                                                                 |                    | No. da NFS-e substituída                                              |                     |                                        |          | Local da Prestação                                                                  |           | CONTAGEM - MG                 |               |                                |
| Prestador de Serviço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                       |                    |                                                                       |                     |                                        |          |                                                                                     |           |                               |               |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Razão Social/Nome                                                                                                                     |                    | AAC MED SERVICOS EM SAUDE E SEGURANCA OCUPACIONAL E ASSISTENCIAL LTDA |                     |                                        |          |                                                                                     |           |                               |               |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Nome Fantasia                                                                                                                         |                    | AC MED                                                                |                     |                                        |          |                                                                                     |           |                               |               |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | CNPJ/CPF                                                                                                                              | 14.976.746/0001-40 |                                                                       | Inscrição Municipal |                                        | 72064802 |                                                                                     | Município |                               | CONTAGEM - MG |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Endereço e CEP                                                                                                                        |                    | RUA ERNESTINA DINIZ MOREIRA ,150 - ARCADIA CEP: 32041-330             |                     |                                        |          |                                                                                     |           |                               |               |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Complemento                                                                                                                           |                    |                                                                       |                     | Telefone                               |          | (31)3912-4808                                                                       |           | e-mail                        |               | FINANCEIRO@ACMEDCLINICA.COM.BR |
| Tomador de Serviço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                       |                    |                                                                       |                     |                                        |          |                                                                                     |           |                               |               |                                |
| Razão Social/Nome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTAGEM                                                                                           |                    |                                                                       |                     |                                        |          |                                                                                     |           |                               |               |                                |
| CNPJ/CPF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 00.211.504/0001-50                                                                                                                    |                    | Inscrição Municipal                                                   |                     |                                        |          | Município                                                                           |           | CONTAGEM - MG                 |               |                                |
| Endereço e CEP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Rua Paineiras ,1448 - Eldorado CEP: 32310-400                                                                                         |                    |                                                                       |                     |                                        |          |                                                                                     |           |                               |               |                                |
| Complemento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                       |                    | Telefone                                                              |                     |                                        |          | e-mail                                                                              |           | financeiro@casadeapoio.org.br |               |                                |
| Discriminação do Serviço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                       |                    |                                                                       |                     |                                        |          |                                                                                     |           |                               |               |                                |
| SERVICOS PRESTADOS EM MEDICINA E SEGURANCA DO TRABALHO<br>TC 013/2023                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                       |                    |                                                                       |                     |                                        |          |                                                                                     |           |                               |               |                                |
| <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; width: 250px;"> Certificamos que o Material / Serviço constante deste documento foi Recebido / Prestado em perfeitas condições.<br/> Pago pela conta: 9005-1<br/> Cheque: 52851974161<br/> Contagem, 05 de Outubro de 2025<br/> Assinatura:  </div> |  |                                                                                                                                       |                    |                                                                       |                     |                                        |          |                                                                                     |           |                               |               |                                |
| Código do Serviço / Atividade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                       |                    |                                                                       |                     |                                        |          |                                                                                     |           |                               |               |                                |
| 4.02 / 864020800 - serviços de diagnóstico por registro gráfico - ecg. eeg e outros exames análogos                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                       |                    |                                                                       |                     |                                        |          |                                                                                     |           |                               |               |                                |
| Detalhamento Específico da Construção Civil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                       |                    |                                                                       |                     |                                        |          |                                                                                     |           |                               |               |                                |
| Código da Obra                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                       |                    | Código ART                                                            |                     |                                        |          |                                                                                     |           |                               |               |                                |
| Tributos Federais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                       |                    |                                                                       |                     |                                        |          |                                                                                     |           |                               |               |                                |
| PIS (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | COFINS (R\$)                                                                                                                          |                    | IR (R\$)                                                              |                     | INSS (R\$)                             |          | CSLL (R\$)                                                                          |           |                               |               |                                |
| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                       |                    | Outras Informações                                                    |                     |                                        |          | Cálculo do ISSQN devido no Município                                                |           |                               |               |                                |
| Valor do Serviço R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 923,73                                                                                                                                |                    | Natureza Operação                                                     |                     | Valor do Serviço R\$                   |          | 923,73                                                                              |           |                               |               |                                |
| (-) Desconto Incondicionado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 0,00                                                                                                                                  |                    | 1-Tributação no município                                             |                     | (-) Deduções Permitidas em Lei         |          | 0,00                                                                                |           |                               |               |                                |
| (-) Desconto Condicionado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 0,00                                                                                                                                  |                    | Regime Especial Tributação                                            |                     | (-) Desconto Incondicionado            |          | 0,00                                                                                |           |                               |               |                                |
| (-) Retenções Federais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 0,00                                                                                                                                  |                    | 0-Nenhum                                                              |                     | Base de Cálculo                        |          | 923,73                                                                              |           |                               |               |                                |
| (-) Outras Retenções                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 0,00                                                                                                                                  |                    | Opção Simples Nacional                                                |                     | (x) Alíquota %                         |          | 2,00                                                                                |           |                               |               |                                |
| (-) ISSQN Retido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 18,47                                                                                                                                 |                    | 2 - Não                                                               |                     | ISSQN a Reter                          |          | (X) Sim ( ) Não                                                                     |           |                               |               |                                |
| (=) Valor Líquido R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 905,26                                                                                                                                |                    | Incentivador Cultural                                                 |                     | (=) Valor do ISSQN R\$                 |          | 18,47                                                                               |           |                               |               |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                       |                    | 2-Não                                                                 |                     |                                        |          |                                                                                     |           |                               |               |                                |
| Avisos <div> 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.<br/> 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <a href="http://contagem.ginfes.com.br">http://contagem.ginfes.com.br</a> com a utilização do Código de Verificação. </div>                                                                                          |  |                                                                                                                                       |                    |                                                                       |                     |                                        |          |                                                                                     |           |                               |               |                                |

**Cliente:** CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE  
CONTAGEM

**CNPJ:** 00.211.504/0001-50

**Conta Nº:** 19347

**Emissão:** 10/10/2025

**Contrato Nº:** 1559

**Itens:**

| Descrição                   | Valor Unitário | Qtde | Total         |
|-----------------------------|----------------|------|---------------|
| ACUIDADE VISUAL             | 0,00           | 2    | 0,00          |
| COPROCULTURA                | 31,00          | 1    | 31,00         |
| EXAME CLÍNICO - Admissional | 40,00          | 2    | 80,00         |
| EXAME CLÍNICO - Demissional | 40,00          | 1    | 40,00         |
| EXAME CLÍNICO - Periódico   | 40,00          | 1    | 40,00         |
| HEMOGRAMA COMPLETO          | 17,00          | 1    | 17,00         |
| Outro                       | 701,73         | 1    | 701,73        |
| PARASITOLOGICO              | 14,00          | 1    | 14,00         |
| <b>Total:</b>               |                |      | <b>923,73</b> |

**Itens detalhados:**

|                                                                 |          |            |        |
|-----------------------------------------------------------------|----------|------------|--------|
| <b>Outro</b>                                                    |          |            |        |
| MENSALIDADE - PROJETO PROTEÇÃO - TC 013/2023                    | Faturada | 06/10/2025 | 701,73 |
| <b>FABIANA NASCIMENTO MARRIEL</b>                               |          |            |        |
| COPROCULTURA dia 05/09/2025                                     | Faturada | 05/09/2025 | 31,00  |
| EXAME CLÍNICO - Admissional dia 05/09/2025                      | Faturada | 04/09/2025 | 40,00  |
| HEMOGRAMA COMPLETO dia 04/09/2025                               | Faturada | 04/09/2025 | 17,00  |
| PARASITOLOGICO dia 05/09/2025                                   | Faturada | 05/09/2025 | 14,00  |
| Total do funcionário FABIANA NASCIMENTO MARRIEL : 102,00        |          |            |        |
| <b>JOAS DIAS RIBEIRO</b>                                        |          |            |        |
| ACUIDADE VISUAL dia 01/09/2025                                  | Faturada | 01/09/2025 | 0,00   |
| EXAME CLÍNICO - Admissional dia 01/09/2025                      | Faturada | 01/09/2025 | 40,00  |
| Total do funcionário JOAS DIAS RIBEIRO : 40,00                  |          |            |        |
| <b>ROSILENE HORTA DA SILVA</b>                                  |          |            |        |
| EXAME CLÍNICO - Demissional dia 18/09/2025                      | Faturada | 18/09/2025 | 40,00  |
| Total do funcionário ROSILENE HORTA DA SILVA: 40,00             |          |            |        |
| <b>TANIA DOS REIS FERREIRA DOS SANTOS</b>                       |          |            |        |
| ACUIDADE VISUAL dia 08/09/2025                                  | Faturada | 08/09/2025 | 0,00   |
| EXAME CLÍNICO - Periódico dia 08/09/2025                        | Faturada | 08/09/2025 | 40,00  |
| Total do funcionário TANIA DOS REIS FERREIRA DOS SANTOS : 40,00 |          |            |        |

**Retenções:**

| Imposto                | Valor        |
|------------------------|--------------|
| ISS Retido             | Sim          |
| ISS                    | 18,47        |
| <b>Total Impostos:</b> | <b>18,47</b> |

**ACMED SEGURANÇA DO TRABALHO LTDA**

Rua Ernestina Diniz Moreira, Nº 150, Centro, Contagem - MG

Telefone: 31 3912-4808 E-mail: financeiro@acmedclinica.com.br

|                          |        |
|--------------------------|--------|
| <b>Total - Impostos:</b> | 905,26 |
|--------------------------|--------|

**Faturas:**

| Parcela | Vencimento | Valor  | Forma de pagamento                     |
|---------|------------|--------|----------------------------------------|
| Entrada | 10/10/2025 | 905,26 | Cobrança Fácil - Itaú - 1430 - 99653-6 |



## 2º ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

### CONTRATANTE:

AAC MED SERVIÇOS EM SAÚDE E SEGURANÇA OCUPACIONAL E ASSISTENCIAL LTDA-ME, sociedade empresária, inscrita no CNPJ sob o nº 14.976.746/0001-40, com sede na Rua Ernestina Diniz Moreira, nº 150, Complemento Sala A, Bairro Centro, Contagem/MG. CEP: 32.041-330 e ACMED SEGURANÇA DO TRABALHO LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o Nº.49.040.640/0001-14, com sede na Rua Ernestina Diniz Moreira, nº 150, Complemento Sala A, Bairro Centro, Contagem/MG. CEP: 32.041-330.

### CONTRATADA:

CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM, sociedade empresária, inscrita no CNPJ sob o nº 00.211.504/0001-50, com sede na Rua Paineiras, nº 1448, Bairro Eldorado, Contagem/MG – CEP: 32310-400, e endereço eletrônico [financeiro@casadeapoio.org.br](mailto:financeiro@casadeapoio.org.br).

CONTRATANTE e CONTRATADA, em conjunto denominadas “Partes”,

### Considerando que:

- A) Em 01 de setembro de 2024 foi celebrado o Contrato de Prestação de Serviços de Medicina e Segurança do Trabalho ("Contrato") para regulamentar a relação contratual entre as Partes;
- B) As Partes desejam alterar algumas das condições anteriormente estabelecidas.

Resolvem firmar o presente Aditivo ao Contrato de Prestação de Serviços ("Aditivo"), o qual será regido pelas cláusulas e condições abaixo:

### CLÁUSULA PRIMEIRA - DA VIGÊNCIA

Será modificada a cláusula “CLÁUSULA SEXTA – DA VIGÊNCIA”, que passará a vigorar com a seguinte redação:

#### CLÁUSULA SEXTA- DA VIGÊNCIA:

- 6.1 - A vigência do presente contrato de prestação de serviços se estende até o dia 01/12/2025, podendo ser renovado conforme as cláusulas contratuais.
- 6.2 - Caso a CONTRATANTE não tenha interesse na renovação, deverá comunicar formalmente à CONTRATADA sua intenção de rescisão com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- 6.3 - O contrato será renovado automaticamente, caso não haja manifestação em contrário por parte da CONTRATANTE até o seu término, sendo aplicado o reajuste com base no Índice IGP-M vigente à época.

### CLÁUSULA SEGUNDA - DO VALOR DA MENSALIDADE

Fica pactuado entre as Partes que o valor mensal da prestação dos serviços será mantido em R\$2.573,00 (dois mil quinhentos e setenta e três reais) até dezembro de 2025, salvo manifestação expressa em sentido contrário ou acordo diverso entre as Partes.



### CLÁUSULA TERCEIRA – RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições do Contrato original que não tenham sido expressamente alteradas por este Aditivo.

E, por estarem de pleno acordo, assinam o presente Aditivo em duas vias de igual teor e forma, para que produza todos os efeitos legais.

Contagem, 08 de julho de 2025.

#### CONTRATANTE:

SONIA REGINA DE ALMEIDA  
PINTO:34438440734  
40734

Assinado de forma digital por SONIA REGINA DE ALMEIDA  
PINTO:34438440734  
Dados: 2025.07.08 13:06:16 -03'00'

AAC MED SERVIÇOS EM SAÚDE E SEGURANÇA OCUPACIONAL E ASSISTENCIAL LTDA –  
ME ACMED SEGURANÇA DO TRABALHO LTDA

14.976.746/0001-40/ 040.640/0001-14

#### CONTRATADA:

CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM

00.211.504/0002-31 / 00.211.504/0001-50

Segue abaixo o contrato firmado por partes na data do dia 01 de setembro de 2024.



## Contrato

### CLÁUSULA PRIMEIRA – DAS PARTES

AAC MED SERVIÇOS EM SAÚDE E SEGURANÇA OCUPACIONAL E ASSISTENCIAL LTDA-ME, pessoa jurídica de direito privado, com sede na RUA ERNESTINA DINIZ MOREIRA, Nº 150, COMPLEMENTO SALA A, BAIRRO CENTRO, CONTAGEM / MG. CEP: 32.041-330, inscrita no CNPJ sob o Nº. 14.976.746/0001-40 e ACMED SEGURANÇA DO TRABALHO LTDA, pessoa jurídica de direito privado, com sede na RUA ERNESTINA DINIZ MOREIRA, Nº 150, COMPLEMENTO SALA A, BAIRRO CENTRO, CONTAGEM / MG. CEP: 32.041-330, inscrita no CNPJ sob o Nº. 49.040.640/0001-14, doravante denominadas apenas CONTRATADA; e CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM - pessoa jurídica de direito privado, com sede, R DAS PAINEIRAS, Nº 1448, BAIRRO ELDORADO, CONTAGEM / MG. CEP: 32.310-400, inscrita no CNPJ sob o Nº. 00.211.504/0001-50, doravante denominada apenas CONTRATANTE, tem entre si acordado os termos abaixo:

### CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO:

- 2.1 - O objeto do presente Contrato consiste na prestação de serviços, pela CONTRATADA, na área de Saúde Ocupacional, mediante a realização de exames ocupacionais;
- 2.2 - A prestação de serviços descrita neste contrato terá como caráter específico Prestação de serviços em medicina e segurança do trabalho;
- 2.3 - Os exames médicos admissionais, periódicos, retorno ao trabalho, mudança de risco, demissionais e exames complementares serão realizados, de acordo com as necessidades, na sede ou filial da CONTRATADA;
- 2.4 - Exames periódicos poderão ser realizados nos locais e sedes das empresas indicados pela CONTRATANTE (mediante negociação específica entre as partes) desde que possuam condições técnicas adequadas para tanto e em número de funcionários igual ou superior a vinte e cinco, sempre com agendamento antecipado e tendo o custo de deslocamento pago pela CONTRATANTE.
- 2.5 - Elaboração e coordenação do PGR e PCMSO e arquivamento eletrônico dos documentos;
- 2.6 - A ACMED irá transmitir ao site do eSocial os seguintes eventos:
- S2240 Condições ambientais do trabalho (fatores de riscos)
  - S2220 Monitoramento da saúde do colaborador
  - S2221 Exame toxicológico
- 2.7 - O eSocial não permite realização de exames complementares que não seja acompanhado do exame clínico, não conseguimos realizar os envios nem emitir os ASOs.



### CLÁUSULA TERCEIRA- DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:

3.1 - A CONTRATANTE deverá fornecer a CONTRATADA a planilha dados preenchida no aceite da proposta para agendamento da visita técnica.

3.2 - A CONTRATANTE obriga-se a encaminhar os funcionários à CONTRATADA, para realização dos exames, devidamente munido de guia de encaminhamento, devendo também apresentar um documento de identidade;

3.3 - A documentação será entregue no prazo de até 25 dias após a visita técnica e o recebimento das informações solicitadas para elaboração do documento enviada em anexo a proposta.

3.4 - É de responsabilidade da contratante o envio da matrícula e CPF dos funcionários para envio dos eventos para o eSocial.

3.5 - É de responsabilidade da contratante o envio da lista de efetivos no final do mês para conferência da mensalidade e eSocial.

3.6 - A CONTRATANTE deverá fornecer a procuração eletrônica por CNPJ.

3.7 - O Atendimento de realização dos exames ocorrerá após a visita para não termos inconsistência no envio do eSocial que é de responsabilidade da CONTRATANTE.

3.8 - Como a mensalidade inclui exames, caso algum colaborador seja demitido antes do prazo de 6 meses, será realizada a conta dos valores dos meses subsequentes referentes aos exames realizados pelo mesmo para pagamento da CONTRATANTE.

3.9 - Caso alguma clínica de medicina seja responsável por prontuários antigos, a empresa CONTRATANTE deve solicitar à mesma os prontuários digitalizados e encaminhar para a ACMED.

3.10 Atendimento IN LOCO será realizado com solicitação Previa.

### CLAUSULA QUARTA - DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

| SERVICOS                                     | INCLUSO (150 FUNC)                                                                                 | CUSTO MENSAL                                         | OUTROS SERVICOS                                                                    | TOTAL MENSAL                                                                                                                |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (MEDICINA DO TRABALHO)<br>14.976.746/0001-40 | *Elaboração e coordenação do PCMSO<br>*Envio eventos eSocial S2220<br>*Envio eventos eSocial S2240 | 12 X R\$ 728,00<br>(setecentos e vinte e oito reais) | Exames (sob demanda, os valores serão ajustados após a elaboração da documentação) | R\$ 728,00<br>(setecentos e vinte e oito) durante 12 meses<br>1ª parcela paga via boleto gerado com 10 dias para pagamento. |
|                                              | *Envio eventos eSocial S2221                                                                       | R\$20,00<br>(vinte reais)<br>Por envio.              | Obs: O evento sera cobrado no mês subsequente a realização.                        |                                                                                                                             |

Rua Ernestina Diniz Moreira, nº 150, 1º andar, Centro, Contagem / MG, CEP: 32.041-330

Tel.: (31) 3912-4808 e (31) 3351-6182

E-mail: comercial@acmedcontagem.com.br



|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (SEGURANÇA DO TRABALHO)<br>49.040.640/0001-14 | *Elaboração e coordenação do PGR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 12 X R\$ 128,00<br>(cento e vinte e oito reais)                                                                                         | LTCAT, avaliações ambientais e treinamentos (sob demanda e se necessário, o orçamento será ajustado após visita técnica)                                                                                                      | R\$ 128,00<br>(cento e vinte e oito) durante 12 meses<br>1ª parcela paga via boleto gerado com 10 dias para pagamento.                  |
| (SEGURANÇA DO TRABALHO)<br>49.040.640/0001-14 | *NR35: realizado na ACMED ( 3 colaboradores)<br>*NR01: Realizado na Empresa ( 98 colaboradores)<br>*NR06: Realizado na Empresa ( 30 colaboradores)<br>*NR05: Realizado na ACMED ( Comissão 1 a 10)<br>*LTCAT<br>*Avaliação ruído ( 2)<br>*Avaliação de calor ( 4)<br>*Avaliação de vibração ( 1) realizado na Empresa<br>*Análise Ergonômica ( para 5 colaboradores). realizado na Empresa | 12 X R\$ 1.717,00<br>(mil e setessentos e dezessete reais)                                                                              | Obs: Os treinamentos deveram ser agendados com a técnica, com antecedência informando dia e horário.<br>As avaliações e análise ergonômica serão realizadas para 5 funções (Cozinha, Serviços gerais, Motorista, Cozinheiro). | R\$ 1.717,00<br>(mil e setessentos e dezessete reais.) durante 12 meses<br>1ª parcela paga via boleto gerado com 10 dias para pagamento |
| CORTESIA:                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | *Adendos PGR e PCMSO<br>*Ordem de serviço (OS)<br>*2 Palestras ( Ergonomia, Moral)<br>*Acuidade visual<br>*Escala de sonolência<br>*PPP |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                         |

*Mina*

*98*



|                                           |                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (MEDICINA DO TRABALHO) 14.976.746/0001-40 | <p>*Atendimento INLOKO</p> <p>R\$400,00</p> <p>Gerado no faturamento do mes subsequente a realização.</p> <p>(realizado em um unico dia na empresa)</p> <p>QUANDO HOUVER ATENDIMENTO</p> |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- 4.1 - O valor será em 12 (doze) parcelas de R\$ 2.573,00 (dois mil quinhentos e setenta e três reais) mensais, sendo a cobrança realizada pelas empresas do grupo econômico ACMED. Desta forma o valor de R\$ 728,00 (setecentos e vinte e oito reais) será cobrado pelo CNPJ: 14.976.746/0001-40 (referente a medicina do trabalho) e o valor de R\$ 1.845,00 (mil e oitocentos e quarenta e cinco reais) pelo CNPJ: 49.040.640/0001-14 (referente a segurança do trabalho).



- 4.2 - Caso haja admissões (mudança no quadro de colaboradores) será cobrado R\$20,00 por envio do evento do eSocial S2240 por funcionário excedente.
- 4.3 - Caso haja o envio S2221 (Toxicológico) será cobrado R\$20,00 por envio do evento.
- 4.4 - O valor mensal não poderá ser inferior ao valor acordado, tendo em vista a totalidade do serviço.

**CLÁUSULA QUINTA – DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:**

- 5.1 – A CONTRATANTE deverá receber da CONTRATADA, relatórios de exames realizados, Nota Fiscal e boleto de cobrança separados realizados por CNPJ no mês anterior a cobrança.
- 5.2 - O pagamento será mensal em 12 (doze) vezes iguais, a ser pago no faturamento de cada mês (boleto enviado no início do mês com vencimento todo dia 10)
- 5.3 - Caso a mensalidade esteja atrasada, não será realizado os envios dos eventos para o eSocial.
- 5.4 - Boleto vencidos serão protestados automaticamente.

**CLÁUSULA SEXTA – DA VIGÊNCIA:**

- 6.1 - A Vigência do presente contrato de prestação de serviços será por prazo indeterminado.
- 6.2 - Caso a CONTRATANTE não tenha interesse na renovação a mesma terá que enviar a CONTRATADA a solicitação de rescisão com 30 dias de antecedência.
- 6.3 - O contrato será renovado automaticamente, caso o cliente não se manifeste de forma contrária no término do mesmo, seguindo a porcentagem de reajuste do IGP-M vigente na época de sua renovação.

**CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESCISÃO:**

- 7.1 - O presente contrato poderá ser denunciado a qualquer tempo, por qualquer das partes, desde que haja notificação nesse sentido, por escrito, da parte interessada à outra, conforme CLÁUSULA QUARTA item 4.1.
- 7.2 - Caso haja rescisão por parte do CONTRATANTE o mesmo terá que pagar no ato do cancelamento do contrato quaisquer valores que ainda estiver em aberto.



14.976.716.0001-40

Contagem 01 de setembro 2024

AAC MED SERVIÇOS EM SAÚDE  
SEGURANÇA OCUPACIONAL E ASSISTENCIAL LTDA  
R. Ernestina Diniz Moreira, 150  
B. Centro - CEP 32041-330

CONTAGEM - MG

*Julia R. Almeida Pinto*

AAC MED SERVIÇOS EM SAÚDE E SEGURANÇA OCUPACIONAL E ASSISTENCIAL LTDA - MEACMED  
SEGURANÇA DO TRABALHO LTDA

*MS*  
CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM

ANEXO:

| OBJETO                         | PREÇO     |
|--------------------------------|-----------|
| EXAME CLINICO                  | R\$ 40,00 |
| ANTI HBS                       | R\$ 47,00 |
| HEMOGRAMA COMPLETO E PLAQUETAS | R\$ 17,00 |
| COPROCULTURA                   | R\$ 31,00 |
| EPF (PARASITOLOGICO DE FEZES)  | R\$ 14,00 |
| VDRL                           | R\$ 11,00 |
| GLICEMIA                       | R\$15,00  |
| ELETRCARDIOGRAMA               | R\$42,00  |
| ELETRORNOCEFALOGRAMA           | R\$46,00  |
| ESCALA DE SONOLENCIA           | R\$35,00  |
| ACUIDADE VISUAL                | R\$34,00  |
| AUDIOMETRIA                    | R\$34,00  |
| TOXICOLOGICO                   | R\$130,00 |

*4*  
*Pinto*  
Rua Ernestina Diniz Moreira, nº 150, 1º andar, Centro, Contagem / MG, CEP: 32.041-330  
Tel.: (31) 3912-4808 e (31) 3351-6182  
E-mail: comercial@acmedcontagem.com.br



## **Proposta comercial**

### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DAS PARTES**

AAC MED SERVIÇOS EM SAÚDE E SEGURANÇA OCUPACIONAL E ASSISTENCIAL LTDA-ME, pessoa jurídica de direito privado, com sede na RUA ERNESTINA DINIZ MOREIRA, Nº 150, COMPLEMENTO SALA A, BAIRRO CENTRO, CONTAGEM / MG, CEP: 32.041-330, inscrita no CNPJ sob o Nº. 14.976.746/0001-40 e **ACMED SEGURANÇA DO TRABALHO LTDA**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na RUA ERNESTINA DINIZ MOREIRA, Nº 150, COMPLEMENTO SALA A, BAIRRO CENTRO, CONTAGEM / MG, CEP: 32.041-330, inscrita no CNPJ sob o Nº.49.040.640/0001-14, doravante denominadas apenas **CONTRATADA**; e **CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM** - pessoa jurídica de direito privado, com sede, R DAS PAINEIRAS, Nº 1448, BAIRRO ELDORADO, CONTAGEM / MG, CEP: 32.310-400, inscrita no CNPJ sob o Nº. 00.211.504/0001-50, doravante denominada apenas **CONTRATANTE**, tem entre si acordado os termos abaixo:

### **CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO:**

2.1 - O objeto do presente Contrato consiste na prestação de serviços, pela **CONTRATADA**, na área de Saúde Ocupacional, mediante a realização de exames ocupacionais;

2.2 - A prestação de serviços descrita neste contrato terá como caráter específico Prestação de serviços em medicina e segurança do trabalho;

2.3 - Os exames médicos admissionais, periódicos, retorno ao trabalho, mudança de risco, demissionais e exames complementares serão realizados, de acordo com as necessidades, na sede ou filial da **CONTRATADA**;

2.4 - Exames periódicos poderão ser realizados nos locais e sedes das empresas indicados pela **CONTRATANTE** (mediante negociação específica entre as partes) desde que possuam condições técnicas adequadas para tanto e em número de funcionários igual ou superior a vinte e cinco, sempre com agendamento antecipado e tendo o custo de deslocamento pago pela **CONTRATANTE**.

2.5 - Elaboração e coordenação do PGR e PCMSO e arquivamento eletrônico dos documentos;

2.6 - A **ACMED** irá transmitir ao site do eSocial os seguintes eventos:

S2240 Condições ambientais do trabalho (fatores de riscos)

S2220 Monitoramento da saúde do colaborador

S2221 Exame toxicológico

2.7 - O eSocial não permite realização de exames complementares que não seja acompanhado do exame clínico, não conseguimos realizar os envios nem emitir os ASOs.



#### CLÁUSULA TERCEIRA- DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:

3.1 - A CONTRATANTE deverá fornecer a CONTRATADA a planilha dados preenchida no aceite da proposta para agendamento da visita técnica.

3.2 - A CONTRATANTE obriga-se a encaminhar os funcionários à CONTRATADA, para realização dos exames, devidamente munido de guia de encaminhamento, devendo também apresentar um documento de identidade;

3.3 - A documentação será entregue no prazo de até 25 dias após a visita técnica e o recebimento das informações solicitadas para elaboração do documento enviada em anexo a proposta.

3.4 - É de responsabilidade da contratante o envio da matrícula e CPF dos funcionários para envio dos eventos para o eSocial.

3.5 - É de responsabilidade da contratante o envio da lista de efetivos no final do mês para conferência da mensalidade e eSocial.

3.6 - A CONTRATANTE deverá fornecer a procuração eletrônica por CNPJ.

3.7 - O Atendimento de realização dos exames ocorrerá após a visita para não termos inconsistência no envio do eSocial que é de responsabilidade da CONTRATANTE.

3.8 - Como a mensalidade inclui exames, caso algum colaborador seja demitido antes do prazo de 6 meses, será realizada a conta dos valores dos meses subsequentes referentes aos exames realizados pelo mesmo para pagamento da CONTRATANTE.

3.9 - Caso alguma clínica de medicina seja responsável por prontuários antigos, a empresa CONTRATANTE deve solicitar à mesma os prontuários digitalizados e encaminhar para a ACMED.

#### CLAUSULA QUARTA - DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:

| SERVICOS                                     | INCLUSO (150 FUNC)                                                                                 | CUSTO MENSAL                                         | OUTROS SERVICOS                                                                    | TOTAL MENSAL                                                                                                               |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (MEDICINA DO TRABALHO)<br>14.976.746/0001-40 | *Elaboração e coordenação do PCMSO<br>*Envio eventos eSocial S2220<br>*Envio eventos eSocial S2240 | 12 X R\$ 728,00<br>(setecentos e vinte e oito reais) | Exames (sob demanda, os valores serão ajustados após a elaboração da documentação) | R\$ 728,00<br>(setecentos e vinte e oito) durante 12 meses<br>1ª parcela paga via boleto gerado com 5 dias para pagamento. |
|                                              | *Envio eventos eSocial S2221                                                                       | R\$20,00<br>(vinte reais)<br>Por envio.              | Obs: O evento sera cobrado no mês subsequente a realização.                        |                                                                                                                            |

Rua Ernestina Diniz Moreira, nº 150, 1º andar, Centro, Contagem / MG, CEP: 32.041-330

Tel.: (31) 3912-4808 e (31) 3351-6182

E-mail: comercial@acmedcontagem.com.br



|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (SEGURANÇA DO TRABALHO)<br>49.040.640/0001-14 | *Elaboração e coordenação do PGR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 12 X R\$ 128,00<br>(cento e vinte e oito reais)                                                                                      | LTCAT, avaliações ambientais e treinamentos (sob demanda e se necessário, o orçamento será ajustado após visita técnica)                                                                                                      | R\$ 128,00<br>(cento e vinte e oito) durante 12 meses<br>1ª parcela paga via boleto gerado com 5 dias para pagamento.                  |
| (SEGURANÇA DO TRABALHO)<br>49.040.640/0001-14 | *NR35: realizado na ACMED (3 colaboradores)<br>*NR01: Realizado na Empresa (98 colaboradores)<br>*NR06: Realizado na Empresa (30 colaboradores)<br>*NR05: Realizado na ACMED (Comissão 1 a 10)<br>*LTCAT<br>*Avaliação ruído (2)<br>*Avaliação de calor (4)<br>*Avaliação de vibração (1) realizado na Empresa<br>*Análise Ergonômica (para 5 colaboradores). realizado na Empresa | 12 X R\$ 1.717,00<br>(mil e setessentos e dezessete reais)                                                                           | Obs: Os treinamentos deveram ser agendados com a técnica, com antecedência informando dia e horário.<br>As avaliações e análise ergonômica serão realizadas para 5 funções (Cozinha, Serviços gerais, Motorista, Cozinheiro). | R\$ 1.717,00<br>(mil e setessentos e dezessete reais.) durante 12 meses<br>1ª parcela paga via boleto gerado com 5 dias para pagamento |
| CORTESIA:                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | *Adendos PGR e PCMSO<br>*Ordem de serviço (OS)<br>*2 Paletas (Ergonomia, Moral)<br>*Acuidade visual<br>*Escala de sonolência<br>*PPP |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                        |



|                                           |                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (MEDICINA DO TRABALHO) 14.976.746/0001-40 | <p>*Atendimento INLOKO</p> <p>R\$400,00</p> <p>Gerado no faturamento do mes subsequente a realização.</p> <p>(realizado em um unico dia na empresa)</p> <p>QUANDO HOUVER ATENDIMENTO</p> |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- 4.1 - O valor será em 12 (doze) parcelas de R\$ 2.573,00 (dois mil quíntos e setenta e três reais) mensais, sendo a cobrança realizada pelas empresas do grupo econômico ACMED. Desta forma o valor de R\$ 728,00 (setecentos e vinte e oito reais) será cobrado pelo CNPJ: 14.976.746/0001-40 (referente a medicina do trabalho) e o valor de R\$ 1.845,00 (mil e oitocentos e quarenta e cinco reais) pelo CNPJ: 49.040.640/0001-14 (referente a segurança do trabalho).



- 4.2 - Caso haja admissões (mudança no quadro de colaboradores) será cobrado **R\$20,00** por envio do evento do eSocial S2240 por funcionário excedente.
- 4.3 Caso haja o envio S2221 (Toxicológico) será cobrado **R\$20,00** por envio do evento.
- 4.4 - O valor mensal não poderá ser inferior ao valor acordado, tendo em vista a totalidade do serviço.

#### **CLÁUSULA QUINTA – DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO:**

- 5.1 – A CONTRATANTE deverá receber da CONTRATADA, relatórios de exames realizados, Nota Fiscal e boleto de cobrança separados realizados por CNPJ no mês anterior a cobrança.
- 5.2 - O pagamento será mensal em 12 (doze) vezes iguais, a ser pago no faturamento de cada mês (boleto enviado no início do mês com vencimento todo dia 5)
- 5.3 - Caso a mensalidade esteja atrasada, não será realizado os envios dos eventos para o eSocial.
- 5.4 - Boleto vencidos serão protestados automaticamente.

#### **CLÁUSULA SEXTA – DA VIGÊNCIA:**

- 6.1 - A Vigência do presente contrato de prestação de serviços será por prazo indeterminado.
- 6.2 - Caso a CONTRATANTE não tenha interesse na renovação a mesma terá que enviar a CONTRATADA a solicitação de rescisão com 30 dias de antecedência.
- 6.3 - O contrato será renovado automaticamente, caso o cliente não se manifeste de forma contrária no término do mesmo, seguindo a porcentagem de reajuste do IGP-M vigente na época de sua renovação.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESCISÃO:**

- 7.1 - O presente contrato poderá ser denunciado a qualquer tempo, por qualquer das partes, desde que haja notificação nesse sentido, por escrito, da parte interessada à outra, conforme CLÁUSULA QUARTA item 4.1.
- 7.2 - Caso haja rescisão por parte do CONTRATANTE o mesmo terá que pagar no ato do cancelamento do contrato quaisquer valores que ainda estiver em aberto.



Contagem, 06 de agosto de 2024

SONIA REGINA  
DE ALMEIDA  
PINTO:3443844  
0734

Assinado digitalmente por SONIA REGINA  
DE ALMEIDA PINTO:34438440734  
Razão: Eu sou o autor deste documento  
Localização:  
Data: 2024.08.06 09:10:54 -0300  
Foxit PDF Reader Versão: 2023.3.0

AAC MED SERVIÇOS EM SAÚDE E SEGURANÇA OCUPACIONAL E ASSISTENCIAL LTDA – MEACMED  
SEGURANÇA DO TRABALHO LTDA

CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM

ANEXO:

| OBJETO                         | PREÇO     |
|--------------------------------|-----------|
| EXAME CLINICO                  | R\$ 40,00 |
| ANTI HBS                       | R\$ 47,00 |
| HEMOGRAMA COMPLETO E PLAQUETAS | R\$ 17,00 |
| COPROCULTURA                   | R\$ 31,00 |
| EPF (PARASITOLOGICO DE FEZES)  | R\$ 14,00 |
| VDRL                           | R\$ 11,00 |
| GLICEMIA                       | R\$15,00  |
| ELETROCARDIOGRAMA              | R\$42,00  |
| ELETROENCEFALOGRAMA            | R\$46,00  |
| ESCALA DE SONOLENCIA           | R\$35,00  |
| ACUIDADE VISUAL                | R\$34,00  |
| AUDIOMETRIA                    | R\$34,00  |
| TOXICOLOGICO                   | R\$130,00 |

Rua Ernestina Diniz Moreira, nº 150, 1º andar, Centro, Contagem / MG, CEP: 32.041-330  
Tel.: (31) 3912-4808 e (31) 3351-6182  
E-mail: comercial@acmedcontagem.com.br



Data: 06/08/2024

Empresa: Casa de Apoio

CNPJ: 00.211.504/0001-50

Aos cuidados: Daniele

É com satisfação que apresentamos nossa **proposta** para prestação de serviços a empresa. Estaremos à disposição para dúvidas e esclarecimentos.



Atenciosamente:

Camila Oliveira





## **APRESENTAÇÃO COMERCIAL:**

Somos uma Empresa Especializada em Engenharia de Segurança, Medicina, Higiene do Trabalho e Meio Ambiente. Prestamos nossos serviços para pequenas, médias e grandes empresas, atendendo a todos os segmentos empresariais no que tange a aplicação das Normas Regulamentadoras – NR vigentes estabelecidas pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

### **INTRODUÇÃO**

A Prevem é uma empresa especializada em treinamentos obrigatórios e nossas soluções são desenvolvidas a partir do conceito SST e Meio Ambiente.

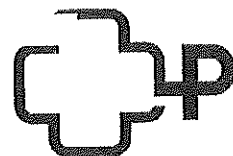
Este conceito é parte fundamental do Sistema de Gestão Integrada – SGI, atualmente presente dentro das empresas. Acreditamos que o futuro da área saúde e segurança passa, obrigatoriamente, pela inovação e pela entrega de melhores resultados financeiros aos clientes finais no que tange o tema: **treinamentos obrigatórios.**

Iniciamos nossa trajetória em 2009, na cidade de Contagem, MG. Temos em nosso DNA a qualidade de nossas soluções, o compromisso com nossas Clientes e satisfação do cliente final como objetivo máximo.

**Acreditamos que colaboradores qualificados, seguros e motivados são vitais para o crescimento das empresas, e que pessoas melhores formam uma sociedade melhor.**

### **ESCOPO**

Os serviços incluídos nesta proposta técnica procuram atender as solicitações e especificações técnicas e atender Normas Regulamentadoras do MTPS.





PGR(NR 01) vigência 2 anos e PCMSO (NR 07) vigência 01 ano;

Prestação de serviços Gestão SST envio dos eventos S-2221 (Exame toxicológico) e S-2240 (Condições do Trabalho) e S-2220 (Monitoramento da Saúde do Trabalhador) ao eSocial período de 01 ano;

Reconhecimento primeiro nível, riscos Ergonômico, no programa GRO/PGR.

Toda movimentação de exames admissional, periódico, retorno ao trabalho, mudança de risco ocupacional e demissional é obrigatório enviar para eSocial;

Após liberação ASO pelo médico quando realizados na PREVEM Medicina, nosso sistema integrado SOC, vai estar gerando arquivo em XML do ASO, esse arquivo que será encaminhado para eSocial.

Dados, informações e obrigações da CONTRATANTE:

Enviar planilha de importação preenchida com os dados dos funcionários registrados;

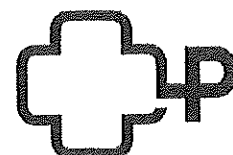
Enviar CA dos EPI'S utilizados pelos funcionários;

A contratante deve encaminhar seus funcionários para serem submetidos aos Exames Médicos Ocupacionais de acordo com o PCMSO da NR-07 da portaria 3.124/78. No ato de admissão, periódicos, mudança de risco ocupacional, retorno ao trabalho e demissional.

As empresas devem manter atualizado os ASO's de todos os funcionários, para atender exigências no eSocial S2220;

OBS: As Avaliações Quantitativas Ocupacionais serão cobradas a parte havendo a necessidade, de celebração de contratos aditivos após solicitação do cliente e autorização da proposta da Contratada para prestação de tal serviço adicional.

| SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS                                                                                                                                                      | VALOR                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Elaboração 01 PGR (NR 01) E PCMSO para 150 (cento e cinquenta) funcionários                                                                                                     | Valor mensal de R\$906,00 (novecentos e nove reais)     |
| Gestão SST (Período de 12 meses) SST envio dos eventos S-2221 (Exame toxicológico) e S-2240(Condições Ambientais do Trabalho) e S-2220 (Monitoramento da Saúde do Trabalhador). | Valor mensal de R\$ 20,00 (vinte reais) por funcionário |



- ✓ PPP -Perfil Profissiográfico Previdenciário;(Cortesia)
- ✓ LTCAT –Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho (conforme NR 15).
- ✓ Treinamento NR-5 CIPA para 01(uma) turma de 10 participantes.
- ✓ Treinamento NR 01 e NR 06 (uso, manuseio e conservação de EPIs) para 02 (duas) turmas.
- ✓ Mensageria SOC para envio dos eventos do eSocial.

| SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS                                                                                 | QUANTIDADE |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|
| Avaliação de Ruído Ocupacional                                                                             | 02         | R\$ 300,00    |
| Avaliação de Calor Ocupacional                                                                             | 04         | R\$ 800,00    |
| Avaliação de Vibração Ocupacional                                                                          | 01         | R\$ 450,00    |
| Elaboração Laudo Ergonômico para 05 funções                                                                | 05         | R\$ 1.500,00  |
| Treinamento NR 35 Trabalho em Altura carga horaria 08 horas                                                | 03         | R\$ 750,00    |
| Treinamento NR 01 Disposições Gerais carga horaria 06 horas.                                               | 98         | R\$ 17.750,00 |
| Treinamento NR 06 Disposições Gerais carga horaria 02 horas.                                               | 30         | R\$ 2.750,00  |
| Treinamento NR 05 membros da CIPA carga horária 20 horas                                                   | 1 a 10     | R\$ 1.450,00  |
| LTCAT (laudo técnico das condições ambientais do trabalho)<br>Obs: Incluso com o fechamento da gestão SST. | 01         | R\$ 1.850,00  |

### Tabela de Exames na PREVEM

Segue abaixo a tabela de valores dos exames que serão definidos de acordo com os riscos no ambiente de trabalho:

| EXAMES                               | VALOR     |
|--------------------------------------|-----------|
| Acuidade Visual                      | R\$ 36,00 |
| Audiometria                          | R\$ 38,00 |
| Exame Clínico                        | R\$ 55,00 |
| Glicemia em Jejum                    | R\$ 20,00 |
| Hemograma Completo                   | R\$ 19,00 |
| Eletrocardiograma                    | R\$ 48,00 |
| Eletroencefalograma                  | R\$ 48,00 |
| Raio X Padrão OIT                    | R\$ 79,00 |
| Espirometria                         | R\$ 43,00 |
| Anti HBS                             | R\$ 25,00 |
| Coprocultura                         | R\$ 35,00 |
| Exame retorno ou encaminhamento INSS | R\$ 70,00 |
| Questionário Escala de Sonolência    | R\$ 35,00 |

Obs: Prazo de até 3 dias úteis para entrega dos resultados o prazo altera de acordo com os exames realizados.

#### Localização Prevem Medicina e exames Ocupacional:

- Av. Afonso Pena, n 726, 11º andar, sala 1103 Centro/BH;
- Avenida Jose Faria da Rocha, n 4363, Eldorado/Contagem.

**Tabela de Exames – Atendimento *In Loco*.**

Segue abaixo a tabela de valores dos exames que serão definidos de acordo com os riscos no ambiente de trabalho, para atendimento *IN LOCO* acima de 20 funcionários:

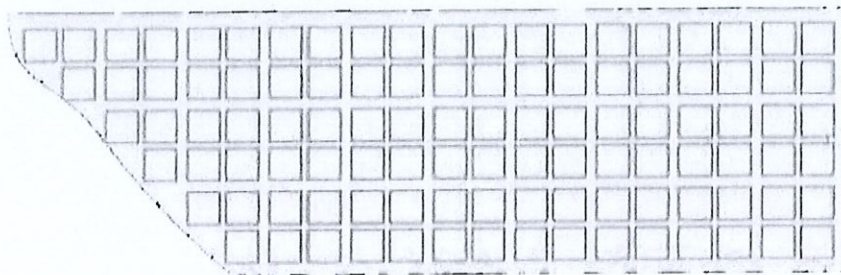
| EXAMES                               | VALOR      |
|--------------------------------------|------------|
| Deslocamento                         | R\$ 580,00 |
| Acuidade Visual                      | R\$ 80,00  |
| Audiometria                          | R\$ 90,00  |
| Exame Clínico                        | R\$ 50,00  |
| Glicemia em Jejum                    | R\$ 18,00  |
| Hemograma Completo                   | R\$ 18,00  |
| Eletrocardiograma                    | R\$ 80,00  |
| Eletroencefalograma                  | R\$ 100,00 |
| Raio X Padrão OIT                    | R\$ 120,00 |
| Espirometria                         | R\$ 90,00  |
| Anti HBS                             | R\$ 30,00  |
| Coprocultura                         | R\$ 50,00  |
| Exame retorno ou encaminhamento INSS | R\$ 70,00  |

Obs: Prazo de até 3 dias úteis para entrega dos resultados o prazo altera de acordo com os exames realizados.

**Forma de pagamento exames::** faturamento para todo dia 15 de cada mês.

**Forma de Pagamento programas PGR, PCMSO gestão:** através de boleto para dia 10 de cada mês.

**Forma de pagamento Treinamento e avaliações:** boleto 30 dias após realização.



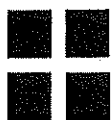
**PROPOSTA COMERCIAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

Contagem, 06 de agosto de 2024.

GV CLÍNICAS CONTAGEM  
Endereço: Rua Bernardo Monteiro nº105  
Bairro: Centro  
CEP: 32.017-170  
Cidade: Contagem  
CNPJ: 52.586.285/0001-98  
Inscrição Estadual: Isento  
E-mail: admcontagem@gvclinicas.com

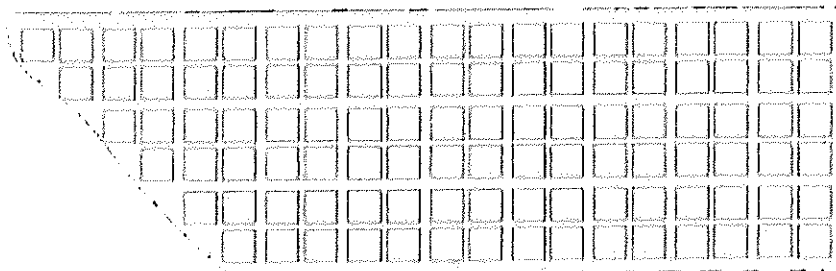
**REF.: Prestação de Serviços em Segurança e Medicina do Trabalho.**

A empresa GV Clínicas Ocupacional oferece seus serviços de Segurança e Medicina do trabalho, elaboração, implantação e acompanhamento dos serviços, PPRA/PCMSO/LTCAT/PPP nos termos dos parâmetros descritos na sua Solicitação de Proposta conforme contatos ao telefone e na mensagem eletrônica, e-mail, datada de 30/07/2024. Segue descrição dos serviços e condições inerentes a sua execução.



**GV CLÍNICAS**

Medicina e Segurança do Trabalho



## **I - DADOS DA EMPRESA**

### **CASA DE APOIO A CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM**

Nome De Fantasia: LAR CRIANÇA VIDA

Endereço: R DAS PAINEIRAS, 1448

Bairro: SANTA CRUZ INDUSTRIAL

Cep: 32.310-400

Cidade: Contagem

Fone: 31 8990-2101

Contato: Daniele Cargo/Função: Financeiro

Cnpj: 00.211.504/0001-50

Inscr. Estadual:

**Nº Funcionários: 150**

“Ética e excelência na qualidade são as marcas da GV CLÍNICAS, que atua desde 1977, na área de saúde. Especializada em medicina do trabalho, a empresa está presente em todo o território nacional, através de suas filiais e também por meio da rede de parceiros. Os diferentes trabalhos são executados com apoio de um software de ponta desenvolvidos em parceria com a GV Clínicas. A proposta da GV Clinicas é contribuir para que sua empresa tenha a documentação necessária para se defender em processos de Ressarcimento de despesas que tenham origem nos acidentes de trabalho ou doenças ocupacionais (INSS/NTEP)” (Folder Institucional).

## **II – OBJETO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

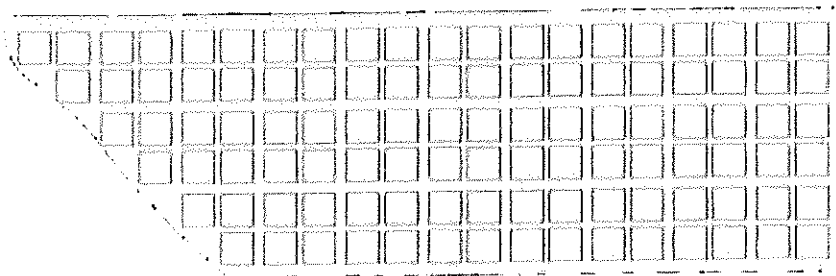
Primeiramente, atendemos a solicitação de cotação dos custos para elaboração e emissão dos documentos obrigatórios em relação aos trabalhadores, para efeito do cumprimento das Instruções Normativas – NR’s, do Ministério do Trabalho e INSS e posteriormente, após o reconhecimento da complexidade e necessidade da elaboração dos documentos, essenciais, a GV Clinicas, através de seu corpo técnico, estará disponibilizando os recursos necessários para atender a solicitação da sua demanda conforme descrito no corpo deste orçamento/proposta.



**GV CLÍNICAS**

Medicina e Segurança do Trabalho

**IV – INVESTIMENTO**



**TABELA 1 – PROGRAMAS**

|                  |                                                      |                            |                     |
|------------------|------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------|
| PCMSO            | Elaboração e manutenção dos 3 Programas ocupacionais | Valor por mes              | Total para 12 meses |
| PGR              |                                                      | R\$ 475,00                 | R\$ 5.700,00        |
| LTCAT            |                                                      |                            |                     |
| Envio do esocial | S-2220 e S-2240                                      | R\$ 18,00 por funcionario  |                     |
| PPP              | Durante o período do contrato                        | R\$ 120,00 por funcionario |                     |

Valor total dos programas: R\$ 4.500,00 parcelados em 12 meses  
Boleto enviado mensalmente com validade para dia 15.

**TABELA 2 – CONSULTAS OCUPACIONAIS**

Consultas e exames complementares: Admissional, Periódico, Mudança de função, Retorno ao trabalho e Demissional de acordo com a demanda/ PCMSO

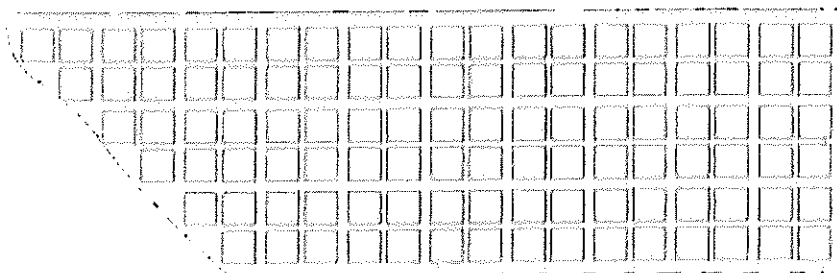
Tratativa exclusiva: Consulta clínica inloco para periódicos

| EXAMES COMPLEMENTARES          | VALOR UNITÁRIO |
|--------------------------------|----------------|
| Deslocamento                   | R\$ 550,00     |
| Exame clínico                  | R\$ 55,00      |
| Acuidade Visual                | R\$ 30,00      |
| Avaliação Psicossocial         | R\$ 100,00     |
| Eletrocardiograma              | R\$ 40,00      |
| Eletroencefalograma            | R\$ 45,00      |
| Espirometria                   | R\$ 30,00      |
| Audiometria                    | R\$ 38,00      |
| Hemograma completo e Plaquetas | R\$ 16,50      |
| Anti HBS                       | R\$ 37,50      |
| Coprocultura                   | R\$ 47,00      |
| Parasitológico de fezes        | R\$ 10,50      |
| VDRL                           | R\$ 14,50      |
| Glicemia                       | R\$ 15,00      |
| Toxicológico                   | R\$ 180,00     |



**GV CLÍNICAS**

Medicina e Segurança do Trabalho



**TABELA 3 – AVALIAÇÕES E LAUDOS**

| Avaliação                             |            | QTD | VALOR      | TOTAL        |
|---------------------------------------|------------|-----|------------|--------------|
| Avaliação Ruído                       | Por função | 2   | R\$ 250,00 | R\$ 500,00   |
| Avaliação de Calor                    | Por função | 4   | R\$ 250,00 | R\$ 1.000,00 |
| Avaliação de Vibração                 | Por função | 1   | R\$ 480,00 | R\$ 480,00   |
| Laudo de Insalubridade                |            | 1   | R\$ 700,00 | R\$ 700,00   |
| AEP - Avaliação Ergonomica Preliminar | Por função | 5   | R\$ 260,00 | R\$ 1.300,00 |
| O.S - Ordem de Serviço                | Por função |     | R\$ 100,00 |              |

**TABELA 4 – TREINAMENTOS**

| TREINAMENTO              | QTD FUNCIONÁRIOS | VALOR TOTAL   |
|--------------------------|------------------|---------------|
| NR01                     | 98               | R\$ 17.050,00 |
| NR05 – carga horária 24h | Comissão         | R\$ 1.300,00  |
| NR06                     | 30               | R\$ 2.550,00  |
| NR35                     | 3                | R\$ 850,00    |

Para valores totais de Avaliações e treinamentos deve confirmar as quantidades de FUNÇÕES e vai variar de acordo com a demanda.

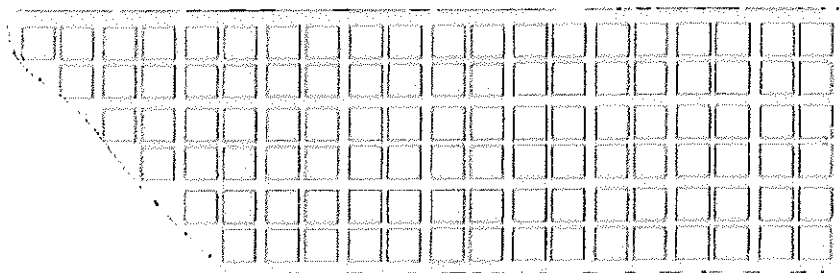
Pagamento

#### **IV – CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

O pagamento dos serviços será efetuado mediante a emissão de boletos, pela CONTRADA, sendo o primeiro a vista e o restante todo dia 15 do mes e assim sucessivamente conforme a quantidade de parcelas.

#### **V – CONDIÇÕES GERAIS DA PROPOSTA**

A proposta financeira, ora apresentada, tem validade de 30 (trinta) dias, contado nadata de seu recebimento, findado o qual poderá estar sujeita a modificações que possam resultar em novas negociações para o fechamento do respectivo Contrato de Prestação de Serviços.



#### VIII– SERVIÇOS ADICIONAIS

No preço cotado já estão incluídas eventuais vantagens e/ou abatimentos, impostos, taxas e encargos sociais, obrigações trabalhistas, previdenciárias, fiscais e comerciais, assim como despesas com transportes e deslocamentos e outras quaisquer que incidam sobre a contratação.

Sem mais para o momento, aguardamos o oportuno retorno de V.Sa., dando ciência pertinente “de acordo”, e assim aguardaremos a comunicação do desenrolar do processo licitatório.

Atenciosamente,

MARCELLA TAVARES  
(31) 99680-4544  
[admcontagem@gvclinicas.com.br](mailto:admcontagem@gvclinicas.com.br)



Documento assinado digitalmente

MARCELLA FREITAS TAVARES  
Data: 06/08/2021 15:18:00-0300  
Verifique em <https://validar.cb.gov.br>