



ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE MUTUÍPE
FUNDADA EM 12 DE OUTUBRO DE



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CONTRATO Nº 006/2024

PARTE CONTRATANTE: ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE MUTUÍPE, IMAPS, organização social, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 14.812.333/0001-20, com sede à Av. Bartolomeu Chaves, s/n, Centro, Mutuípe/BA, CEP: 45.480-000, neste ato, devidamente representada na forma do seu Estatuto Social, por **MARCUS PERDIZ DA SILVA**, inscrito no CPF/MF sob o nº 907.401.655-34, doravante denominada simplesmente **CONTRATANTE**.

PARTE CONTRATADA: PIRES E VIDAL ASSESSORIA E EMPREENDIMENTOS LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 21.263.037/0001-82, com sede na Rua Dois, nº 191, Conforto, Volta Redonda/RJ, CEP: 27.265-435, neste ato devidamente representada na forma do seu Contrato Social por **HIGOR JOSÉ PIRES VIDAL**, inscrita no CPF/MF sob o nº 108.176.597-65, doravante denominada **CONTRATADA**.

*As partes acima identificadas resolvem firmar o presente contrato de prestação dos serviços de **Segurança e Medicina do Trabalho nas formas, condições e preços descritos na proposta que segue anexa ao presente contrato como ANEXO I**, de modo a atender todos os profissionais que atuarão na prestação dos serviços do **Contrato de Gestão no 044/SEMUS/2023 – Atenção Primária**, no município de Nova Iguaçu/RJ, mediante as cláusulas e condições dispostas, a seguir, no presente instrumento:*

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constitui objeto deste contrato a prestação do serviço de **Segurança e Medicina do Trabalho por meio dos programas i) P.C.M.S.O (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional); ii) P.P.P (Perfil Profissiográfico Previdenciário); iii) Exames Médicos Ocupacionais – Admissionais, Periódicos e Demissionais; iv) PGR – Programa de Gerenciamento de Riscos**, nas formas, condições e preços descritos na proposta que segue como **ANEXO I**, de modo a atender todos os profissionais que atuarão na execução do **Contrato de Gestão no 044/SEMUS/2023 – Atenção Primária, no município de Nova Iguaçu/RJ, a partir do dia 01 de fevereiro de 2024**.

1.2. O presente contrato é vinculado à vigência do **Contrato de Gestão no 044/SEMUS/2023**, firmado entre o **MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU**, por meio da Secretaria Municipal de Saúde e o **CONTRATANTE**.

2. CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

2.1 DA CONTRATADA

a) Executar o serviço de Segurança e Medicina do Trabalho, por meio dos programas i) P.C.M.S.O (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional); ii) P.P.P (Perfil Profissiográfico Previdenciário); iii) Exames Médicos Ocupacionais – Admissionais, Periódicos e Demissionais; iv) PGR – Programa de Gerenciamento de Riscos, nos termos

DS
HJP

DS
HJP



da proposta que segue como **ANEXO I** deste instrumento, para atender a execução do **Contrato de Gestão no 044/SEMUS/2023 – Atenção Primária**;

b) Efetuar, nos prazos próprios, os pagamentos dos salários, encargos e demais despesas referentes ao seu pessoal empregado na execução deste contrato, cumprindo rigorosamente as normas e regulamentos de segurança e medicina do trabalho e demais encargos estabelecidos na legislação trabalhista e previdenciária.

c) Assumir todos os encargos trabalhistas, fiscais e previdenciários e demais responsabilidades referentes ao seu quadro de pessoal para execução deste contrato, não podendo ser arguida a solidariedade ou a responsabilidade subsidiária da **CONTRATANTE** a qualquer título.

d) Empregar, na execução dos serviços, materiais e equipamentos adequados, monitorando sempre a qualidade, em estrito cumprimento das legislações, resoluções e disposições pertinentes, com o objetivo de garantir a segurança e eficácia dos serviços ora contratados;

e) Franquear o acesso de preposto designado pela **CONTRATANTE** às suas instalações, quando tal for solicitado formalmente, a fim de que esta possa constatar periodicamente o cumprimento dos ditames contratuais e da legislação aplicável ao objeto do presente contrato.

f) Executar serviços em perfeita harmonia e em concordância com as Instruções previstas, obedecendo às normas estabelecidas pela **CONTRATANTE**.

g) Respeitar e fazer com que sejam respeitadas as normas atinentes ao funcionamento da **CONTRATANTE** e aquelas relativas ao objeto do presente Contrato.

h) Não transferir a terceiros, por qualquer forma, nem mesmo parcialmente, o objeto do presente Contrato, nem subcontratar quaisquer das prestações a que está obrigada sem prévio consentimento, por escrito, da **CONTRATANTE**.

i) Manter, durante todo o período de vigência do Contrato, todas as condições que ensejaram a contratação, particularmente no que tange à regularidade fiscal, qualificação técnica e cumprimento da proposta.

j) Manter o mais absoluto sigilo e confidencialidade no tocante aos serviços, documentos, pesquisas, entrevistas e demais informações apuradas ou de que tome conhecimento durante a prestação dos serviços.

k) Sanar eventuais irregularidades ou correções apontadas pela **CONTRATANTE** quanto à apresentação de relatórios e/ou de cada etapa dos serviços.

l) Providenciar a emissão da fatura dos serviços prestados, de acordo com os valores devidos até o 10º dia útil subsequente ao mês a que se referir.

m) Encaminhar as notas fiscais ao endereço do **CONTRATANTE**, em nome do próprio **CONTRATANTE**, com as observações expressas da vinculação da despesa à execução do Contrato de Gestão e a indicação da conta corrente e agência bancária para pagamento.

o) A Nota Fiscal deverá ser acompanhada dos seguintes documentos:

- i. **Certidão de Conjunta Negativa de Débitos e à Dívida Ativa da União (CND/INSS);**
- ii. **Da Certidão Negativa de Débitos frente ao Fisco Municipal (sede do contratado) e/ou outra eventualmente exigida pela unidade federativa;**
- iii. **Da Certidão de Regularidade frente ao FGTS(CRF/FGTS);**
- iv. **Da Certidão Negativa de Débitos de Regularidade Fiscal Estadual (CND Estadual - SEFAZ);**
- v. **Da Certidão de Regularidade Fiscal Estadual (PGE/RJ – Dívida Ativa);**
- vi. **Da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT;**

p) Dar esclarecimentos sobre qualquer procedimento, o mais breve possível, a contar do

DS
HJP

DS
HJP



recebimento de notificação para tal mister.

q) Submeter-se à fiscalização a ser realizada pela **CONTRATANTE**, ou qualquer órgão fiscalizador, relativa à prestação dos serviços pactuados, conforme regras estabelecidas nos protocolos internos e padronização da **CONTRATANTE** e do hospital onde serão prestados os serviços.

r) Observações:

i. Caso a **CONTRATADA** seja isenta ou imune dos tributos a serem retidos na fonte pela **CONTRATANTE**, para resguardar a **CONTRATANTE** dos riscos fiscais da não retenção deverá:

- a) Informar esta condição na nota fiscal/fatura de serviços, acompanhada do enquadramento legal e;
- b) Apresentar declaração assinada por seu representante legal declarando a sua condição, se isenta ou imune e responsabilizando-se por ressarcir a **CONTRATANTE** de eventuais prejuízos causados pela observância desta declaração.

ii. Caso a **CONTRATADA** esteja amparada em decisão judicial que afaste a incidência dos tributos a serem retidos na fonte pela **CONTRATANTE**, deverá:

- a) Em se tratando de liminar ou antecipação de tutela judicial, apresentar cópia da decisão judicial e, a cada 06 (seis) meses, a certidão de acompanhamento processual expedida pelo cartório de tramitação do processo;
- b) Em se tratando de sentença ou acórdão, com ou sem trânsito em julgado, apresentar cópia desta decisão para exame por parte da **CONTRATANTE**.

iii. É assegurado a **CONTRATADA** o direito de defesa em qualquer situação cometida pelo presente contrato, nos termos das normas gerais do Código Civil que regulamenta os contratos entre empresas privadas.

s) Obedecer às normas técnicas de biossegurança na execução de suas atribuições, utilizando os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) definidos no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), NR 32 e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);

2.2 DA CONTRATANTE

- a) Proporcionar todas as condições necessárias para que a **CONTRATADA** possa cumprir as cláusulas estabelecidas neste Contrato;
- b) Orientar por escrito, a **CONTRATADA**, a respeito de qualquer alteração nas normas internas, técnicas ou administrativas, que possam ter reflexo no relacionamento, desde que acordado previamente entre as partes;
- c) Notificar, por escrito, a **CONTRATADA**, sobre qualquer irregularidade verificada na execução dos serviços.
- d) Exigir o cumprimento de todos os compromissos assumidos pela **CONTRATADA**, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos de sua proposta.
- e) Efetuar o pagamento no prazo estabelecido, conforme documentos de cobrança apresentados pelo serviço prestado.
- f) Exigir a observação das normas emanadas pelos órgãos de fiscalização e controle.

3. CLÁUSULA TERCEIRA – DO PREÇO, PAGAMENTO E REAJUSTE:

3.1 A CONTRATANTE pagará à **CONTRATADA**, pela prestação dos serviços aqui descritos, os valores unitários descritos na proposta do **ANEXO I**, que deverão ser medidos até o 10º (décimo) dia útil subsequente aos serviços prestados e apresentados à

DS
HJPV

DS
HJPV



CONTRATANTE para aprovação.

3.2 O valor de **R\$ 4.700,00 (quatro mil e setecentos reais)** correspondente aos programas i) **P.C.M.S.O (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional;** ii) **PGR – Programa de Gerenciamento de Riscos e** ii) **LTCAT – Laudo Técnico das Condições Ambientais** será pago no ato da assinatura do presente instrumento contratual, enquanto os demais serviços serão pagos até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao da prestação do serviço, devendo o pagamento ser efetuado em até 10 (dez) dias após a entrega da Nota Fiscal.

3.3 Nos meses seguintes ao da assinatura do presente instrumento, a **CONTRATADA**, encaminhará a Nota Fiscal de prestação de serviço e a documentação que comprove o cumprimento de todas as suas obrigações fiscais, trabalhistas e previdenciárias, quando for o caso, até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao da prestação do serviço, devendo o pagamento ser efetuado em até 10 (dez) dias após a entrega, sob pena de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor devido e juros mensais de 1% (um por cento) do valor inadimplido.

3.3.1. Declara a **CONTRATADA** que tem ciência e que concorda que **a partir do dia 01 abril de 2024 o pagamento da Nota Fiscal estará condicionado ao repasse do valor da Nota Fiscal, pela Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu, através do Contrato de Gestão no 044/SEMUS/2023, para a CONTRATANTE.**

3.4. Em caso de irregularidade nas medições, se houver, e/ou na emissão dos documentos de regularidade fiscal, o prazo de pagamento será contado a partir de sua reapresentação, devidamente regularizados, sem ônus para a **CONTRATANTE**.

3.5 As faturas serão apresentadas em reais e a quitação das mesmas se dará em reais ou outra moeda que vier substituí-la.

4. CLÁUSULA QUARTA– DO CONTROLE DE QUALIDADE E DO GESTOR DE CONTRATO

4.1 Os serviços objeto deste Contrato serão analisados e avaliados por profissionais habilitados e designados pela **CONTRATANTE**, para tal finalidade.

4.1.1 Ao profissional habilitado designado pelo **CONTRATANTE** para acompanhar a execução do presente contrato, compete:

- a) Anotar, em registro próprio, as ocorrências relativas à execução do contrato, determinando as providências necessárias à correção das falhas ou defeitos observados;
- b) Transmitir ao contratado instruções e comunicar alterações de prazos, cronogramas de execução e especificações do projeto, quando for o caso;
- c) Dar imediata ciência a seus superiores e ao Órgão de Controle Interno dos incidentes e ocorrências da execução que possam acarretar a imposição de sanções ou a rescisão contratual;
- d) Promover, com a presença do contratado, a verificação dos serviços, emitindo a competente habilitação para o recebimento de pagamentos;
- e) Fiscalizar a obrigação do contratado de manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, bem como o regular cumprimento das obrigações trabalhistas e previdenciárias.
- f) Outras correlatas.

5. CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA

5.1 Este contrato terá vigência de **12 (doze) meses, contados a partir de 01/02/2024, inclusive**, após o que passará a vigorar por prazo indeterminado, porém adstrito à vigência

DS
HJPV

DS
HJPV



do **Contrato de Gestão no 044/SEMUS/2023**, celebrado entre a **CONTRATANTE** e o Município de Nova Iguaçu/RJ.

5.2 O eventual reajuste de valores será acordado e firmado mediante Termo Aditivo.

5.3 A **CONTRATADA** obriga-se a cumprir com todos os compromissos legais decorrentes de sua atividade durante o período de vigência contratual, salvo se notificar expressa e previamente a **CONTRATANTE** acerca de qualquer impossibilidade/irregularidade na manutenção contratual, inclusive por ausência de pagamento superior a 60 (sessenta) dias.

6. CLÁUSULA SEXTA – RESCISÃO

6.1 Constituem motivos de rescisão unilateral pela **CONTRATANTE**:

- a) O não cumprimento das obrigações pela **CONTRATADA**.
- b) Em caso de reajuste, a falta de acordo quanto ao percentual a ser efetuado.
- c) O cumprimento irregular de cláusulas contratuais, especificações e prazos pela **CONTRATADA**.
- d) O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais por parte da **CONTRATADA**, bem como a lentidão do seu cumprimento, levando a **CONTRATANTE** a comprovar a impossibilidade da conclusão dos serviços e metas nos prazos estipulados.
- e) O atraso injustificado no início dos serviços.
- f) A paralisação dos serviços, sem justa causa e sem prévia comunicação a **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias.
- g) A subcontratação total ou parcial do objeto do presente Contrato sem prévia anuência, por escrito, da **CONTRATANTE**; a associação da **CONTRATADA** com outrem, bem como a cessão ou transferência, total ou parcial do objeto contratado, a fusão, cisão ou incorporação da **CONTRATADA**.
- h) O desatendimento das determinações regulares da autoridade designada para acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços quanto ao cumprimento do contrato e das metas estabelecidas.
- i) O cometimento reiterado de falhas na sua execução, anotadas em registro próprio, pela Coordenação da **CONTRATANTE**.
- j) A dissolução da empresa contratada.
- k) A alteração social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da **CONTRATADA** que prejudique a execução deste Contrato.
- l) A ocorrência de caso fortuito ou de força maior, regularmente comprovada, impeditiva da execução deste Contrato;

6.2 Constituem motivos de rescisão do Contrato pela **CONTRATADA**:

- a) O descumprimento das obrigações contratuais por parte da **CONTRATANTE**.

Atraso superior a 30 (trinta) dias, com termo inicial da apresentação das notas de cobrança a **CONTRATANTE**.

6.3 Constituem motivos de rescisão por ambas as partes sem qualquer pagamento indenizatório ou ressarcimentos:

- a) O término do prazo contratual previsto.
- b) O desinteresse de qualquer das partes na continuidade do Contrato, reduzida a termo, observado o prazo de 30 (trinta) dias de denúncia.
- c) A não renovação/prorrogação ou a rescisão, independente do motivo, do **Contrato de Gestão no 044/SEMUS/2023** firmado entre a **CONTRATANTE** e o Município de Nova Iguaçu, sem a necessidade de notificação prévia.

6.3.1. A declaração de rescisão contratual deve ser expressamente comunicada à outra



parte, estabelecendo as partes que a simples correspondência, mediante recibo, é suficiente para tanto, com exceção do motivo consignado no item 6.3, alínea c, que prescinde de notificação prévia.

6.4 Nos casos de rescisão contratual é de responsabilidade da **CONTRATANTE** a substituição imediata do atendimento prestado pela **CONTRATADA**.

6.5 As omissões, porventura encontradas e existentes neste instrumento, serão aplicadas, subsidiariamente, as normas do Código Civil Brasileiro e demais regras legais consagradas à matéria e nas normas regulamentares da **CONTRATANTE**.

6.6 A **CONTRATANTE** não se responsabiliza por atrasos no pagamento em razão de erros na emissão da nota fiscal ou pela ausência de documentos obrigatórios.

6.7 À **CONTRATANTE** fica reservado o direito de não efetuar o pagamento se, no ato de entrega e aceitação dos serviços, estes não estiverem satisfatórios e de acordo com os anexos deste contrato.

7. CLÁUSULA SÉTIMA – DA LGPD E DA LEI ANTICORRUPÇÃO

7.1. As partes declaram ter ciência e se comprometem a cumprir integralmente as disposições da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei n. 13.709/2018), assim como da Lei Anticorrupção (Lei n. 12.846/2013) e todas as demais relacionadas, agindo sempre com transparência de boa-fé de forma a permitir, sempre que necessário, a integral fiscalização por parte das autoridades competentes.

8. CLÁUSULA OITAVA – DAS SANÇÕES E DAS PENALIDADES ADMINISTRATIVAS

8.1 O descumprimento total ou parcial de quaisquer das obrigações sujeitará a **CONTRATADA**, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal que couber, às sanções previstas na Lei 14.133/2021 bem como às penalidades relacionadas abaixo, que poderão ser aplicadas pela **CONTRATANTE** de acordo com a gravidade da infração, assegurada a ampla defesa, na forma do artigo 156 da Lei 14.133/2021:

- a) Advertência;
- b) Multa – dia, correspondente a 10% do valor liquidado e pago no mês anterior;
- c) Rescisão contratual com multa equivalente a 10%.

Parágrafo primeiro. As sanções acima estabelecidas poderão ser aplicadas isolada ou cumulativamente, depois de facultado o exercício da ampla defesa, na forma do §2º a §5º do art. 156 da Lei 14.133/21.

Parágrafo segundo. As multas não têm caráter compensatório e o seu pagamento não eximirá a **CONTRATADA** da responsabilidade de perdas e danos decorrentes das infrações cometidas.

Parágrafo terceiro. A **CONTRATANTE** reserva-se ao direito de, a qualquer tempo, paralisar ou suspender a execução do contrato, se for constatada pela fiscalização falhas na execução dos serviços e que requeiram nova execução dos mesmos.

9. CLÁUSULA NONA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1 A execução do presente contrato não gerará qualquer vínculo empregatício ou trabalhista entre as partes, seus empregados, prepostos ou sócios.

9.2 A **CONTRATANTE** não é solidária e nem subsidiariamente responsável pelos atos e dívidas contraídas pela **CONTRATADA** ou seus prepostos em decorrência da prestação dos serviços contratados.

9.3 A tolerância das partes quanto a eventuais infrações do presente contrato não constituirá novação ou renúncia dos direitos que são conferidos a ambas.



ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE MUTUÍPE
FUNDADA EM 12 DE OUTUBRO DE



9.4 Aos casos omissos aplicar-se-ão os dispositivos constantes da Lei 10.406 de 10/01/2002 – Código Civil Brasileiro.

10. CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO

10.1 Fica eleito o Foro da Comarca da cidade do Nova Iguaçu/RJ, como único competente para dirimir todas as questões emergentes deste Contrato, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem ambas as partes de acordo, afirmam e declaram que o presente instrumento poderá ser assinado eletronicamente através da plataforma DocuSign, no endereço eletrônico <https://www.docusign.com.br>, com base na legislação vigente, art. 2º da MP 2200-2/2001 e Lei nº 14.063/2020, sendo as respectivas assinaturas consideradas válidas, executáveis e vinculantes, desde que firmadas pelos representantes legais das partes.

Renunciam as partes a possibilidade de exigir o envio ou entrega da via original do presente instrumento contratual assinada fisicamente, bem como renunciam ao direito de contestar a validade das assinaturas eletrônicas, nos termos da lei.

Nova Iguaçu 31 de janeiro de 2024.

DocuSigned by:

2F35EE88E58B42C...

Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Mutuípe - IMAPS
Marcus Perdiz da Silva

DocuSigned by:

278CBBB4FC5A40C...

PIRES E VIDAL ASSESSORIA E EMPREENDIMENTOS LTDA
Higor José Pires Vidal



PROPOSTA COMERCIAL

GESTÃO DE MEDICINA E SEGURANÇA DO TRABALHO



DS
HJPV

DS
HJPV

ASSOCIACAO DE PROTECAO A MATERNIDADE E A INFANCIA DE MUTUIPE
281/12/2023

www.vidalclin.com.br

RUA 2 - N 167 - SALAS 1 E 2 - CONFORTO - VOLTA REDONDA - RJ
(24) 3342-9332 - vidalclin.vr@vidalclin.com.br
RUA OTÁVIO TARQUINO - N 410 - SALA 809 - CENTRO - NOVA IGUAÇU - RJ
(21) 2767-4289 - vidalclin.ni@vidalclin.com.br
RUA CONDE DE PORTO ALEGRE - N 119 - SALA 504 - BAIRRO VINTE E CINCO DE AGOSTO - DUQUE DE CAXIAS - RJ
vidalclin.caxias@vidalclin.com.br



SUMÁRIO

1. Apresentação
2. Serviços Contemplados
3. Responsabilidades
 - Responsabilidades Empresa Contratante
 - Responsabilidades Empresa Contratada
 - Responsabilidade Técnica
4. Informações Comerciais

Tabla de preços Exames Complementares

DS
HJPV

DS
[Signature]



1. Apresentação

A VIDALCLIN é uma empresa especializada na prestação de serviços de Medicina e Segurança do Trabalho que atua no mercado desde 1994 atendendo pequenas, medias e grandes empresas em todo estado de Rio de Janeiro.

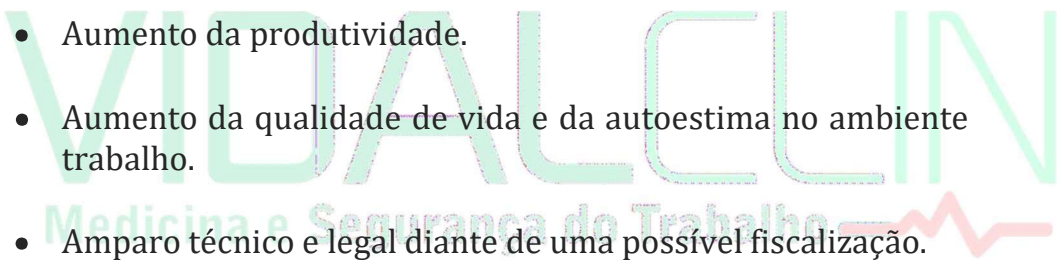
Com uma ampla infraestrutura e uma equipe de profissionais altamente qualificados para atender todas as necessidades de seus clientes, a VIDALCLIN prioriza valores como ética, determinação, inovação e renovação.

Benefícios

- Diminuição de perdas com acidentes do trabalho, doenças ocupacionais.
- Aumento da produtividade.
- Aumento da qualidade de vida e da autoestima no ambiente de trabalho.
- Amparo técnico e legal diante de uma possível fiscalização.
- Diminuição de perdas com passivos trabalhistas.
- Tranquilidade para focar o seu negócio.
- Atendimento padronizado e totalmente informatizado, trazendo soluções e resultados á curto prazo.
- Arquivamentos dos prontuários médicos.
- Atualização mensal da planilha de funcionários, mediante envio pelo cliente.
- Disponibilização de parceiros credenciados para atendimento.

DS
HJPV

DS
[Handwritten Signature]



- Disponibilização dos ASOS em meio virtual.

2. Serviços Contemplados

- **P.C.M.S.O (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional).**

O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) é regulamentado pela NR7, desde o ano de 1994, e estabelece o controle de saúde físico e mental do trabalhador, a partir da avaliação de suas atividades. Para que seja possível um eficiente controle médico, a legislação obriga o empregador a realizar os exames médicos admissionais, de mudança de função, de retorno ao trabalho e exames médicos periódicos.

Objetivo: Monitorar exames laboratoriais e identificar precocemente qualquer problema que possa comprometer a saúde dos trabalhadores.

- **P.P.P (Perfil Profissiográfico Previdenciário).**

O Perfil Profissiográfico Previdenciário-PPP constitui-se em um documento históricolaboral do trabalhador que reúne, entre outras informações, dados administrativos, registros ambientais e resultados de monitoração biológica, durante todo o período em que este exerceu suas atividades na respectiva empresa.

- **Exames Médicos Ocupacionais – Admissionais, Periódicos e Demissionais.**

Todo trabalhador regido pela CLT, sendo facultativo ao empregado doméstico, deve submeter-se aos exames médicos ocupacionais, sendo estes obrigatórios na admissão, na demissão e periodicamente no curso do vínculo empregatício. Os custos dos exames são de responsabilidade do empregador.

- **PGR – Programa de Gerenciamento de Riscos**

O Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) é a materialização do processo de Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (por meio de documentos físicos ou por

sistema eletrônico), visando à melhoria contínua das condições da exposição dos

www.vidalclin.com.br

DS
HJP

DS
HJP

trabalhadores por meio de ações multidisciplinares e sistematizadas.

O PGR deve ser composto, no mínimo, por dois documentos:

- a) **Inventário de Riscos:** Ocupacionais, que compreende as etapas de Identificação de Perigos e Avaliação de Riscos, de modo a estabelecer a necessidade de medidas de prevenção;
- b) **Plano de Ação:** onde se estabelecem as medidas de prevenção a serem introduzidas, aprimoradas ou mantidas, de modo a eliminar, reduzir ou controlar os riscos ocupacionais.

Objetivo: Estabelecer ações que garantam a preservação da saúde e integridade dos trabalhadores, considerando possíveis riscos nos ambientes de trabalho.

- **LTCAT – Laudo Técnico das Condições Ambientais**

Laudo técnico da empresa que serve de fundamento para a certificação de exposição do segurado a agentes nocivos à saúde (elementos químicos, físicos ou biológicos), inclusive fazendo constar se as agressões correspondem ou não aos limites tolerados pela lei.

Objetivo: Identificar e avaliar as condições ambientais de trabalho.

- **E-Social – Envio de eventos obrigatórios**

- a) Comunicação de Acidente de Trabalho (S- 2210)
- b) Monitoramento da Saúde do Trabalhador (S-2220)
- c) Agentes Nocivos (S-2240)

O SOC está pronto para ajudar

Otimize suas operações: o SOC é um software de gestão de SST totalmente integrado e com soluções exclusivas para atender ao eSOCial

| | | |
|---|---|--|
|  <p>Soluções para o eSOCial</p> <p>O SOC participa do Grupo de Trabalho Oficial do Governo para empresas pilotos de SST, garantindo antecipação e objetividade das soluções do SOC.</p> |  <p>Consistência de dados</p> <p>Valida todos os leiautes de SST registrados no SOC antes de enviá-lo para o Governo com funcionalidades que garantem a consistência dos dados.</p> |  <p>Segurança das informações</p> <p>O SOC é o 1º software de gestão ocupacional certificado pela ISO 27001, garantindo maior confiabilidade e proteção dos dados gerenciados.</p> |
|---|---|--|



3. Responsabilidades

Responsabilidades do Contratante

- a) Caberá à empresa contratante de mão de obra prestadora de serviços informar a empresa contratada dos riscos existentes e auxiliar na elaboração e implementação do PCMSO nos locais de trabalho onde os serviços estão sendo prestados.
- b) Fornecer informações referentes da Empresa.
- c) Indicar representante da Empresa para contato.
- d) Fornecer documentos e informações necessárias referentes ao Serviço;
- e) Designar representante para fiscalização dos serviços realizados.
- f) Realizar programação para início dos serviços orçados;

Responsabilidades da VidalClin

- a) Fornecer informações referentes da Empresa;
- b) Indicar representante da Empresa para contato;
- c) Fornecer documentos e informações necessárias referentes ao Serviço;
- d) Realizar programação para início dos serviços orçados;
- e) Elaborar todos os Laudos e Programas conforme solicitado pelo cliente conforme legislação vigente.

Responsabilidade Técnica

Dr. Higor José Pires Vidal
Médico do Trabalho
Clínico geral
Assistente de Perito em Ações Trabalhistas

DS
HJPV

DS
HJPV

4. Informações Comerciais

| SERVIÇOS | |
|--|-------------|
| PCMSO - PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL (UM DOCUMENTO POR CNPJ/ANO) | R\$1.350,00 |
| PGR - PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RISCOS (UM DOCUMENTO BASE POR CNPJ/ANO) | R\$1.350,00 |
| GESTÃO OPERACIONAL | |
| EXAMES MÉDICOS OCUPACIONAIS (EXAME CLÍNICO): | |
| ADMISSIONAL; | R\$43,00 |
| PERIÓDICO; | R\$43,00 |
| RETORNO AO TRABALHO; | R\$43,00 |
| DEMISSIONAL. | R\$43,00 |
| LTCAT – DOCUMENTO BASE | R\$2.000,00 |

***PROPOSTA POR CNPJ (VÁLIDA POR 20 DIAS)

4.1.Exames Complementares

| EXAMES COMPLEMENTARES | VALOR |
|--|------------|
| 2.5HEXANODIONA | R\$ 50,61 |
| ACETILCOLINA(MESMA COISA QUE COLINESTERASE PLASMÁTICA) | R\$ 13,92 |
| ACETONA URINÁRIA | R\$ 30,37 |
| ACIDO FENILGLIOXILICO | R\$ 25,31 |
| ACIDO FOLICO | R\$ 27,84 |
| ACIDO HIPURICO | R\$ 34,17 |
| ACIDO MANDELICO | R\$ 18,98 |
| ACIDO METILHIPURICO | R\$ 25,31 |
| ACIDO TRANS,TRANS-MUCONICO | R\$ 55,67 |
| ÁCIDO TRICLORO ACÉTICO | R\$ 86,27 |
| ACIDO URICO | R\$ 10,75 |
| ACIDO URICO URINÁRIO -24h | R\$ 12,66 |
| ALA -U | R\$ 45,55 |
| ALCOOL ETILICO | R\$ 37,96 |
| ALUMÍNIO | R\$ 47,17 |
| AMILASE | R\$ 12,66 |
| ANFETAMINAS | R\$ 177,14 |
| ANTI HBS | R\$ 43,02 |
| ANTI HCV | R\$ 66,71 |
| ANTI HVA IGM | R\$ 53,15 |
| ANTI IgG,HVA | R\$ 37,96 |
| ANTI IgM, H A V | R\$ 53,15 |
| ANTI HIV 1+2 | R\$ 43,02 |
| ARSENICO | R\$ 99,96 |

www.vidalclin.com.br

RUA 2 - N 167 – SALAS 1 E 2 – CONFORTO – VOLTA REDONDA – RJ
 (24) 3342-9332 – vidalclin.vr@vidalclin.com.br
 RUA OTÁVIO TARQUINO - N 410 - SALA 809 - CENTRO - NOVA IGUAÇU- RJ
 (21) 2767-4289 – vidalclin.ni@vidalclin.com.br
 RUA CONDE DE PORTO ALEGRE- N 119 – SALA 504 – BAIRRO VINTE E CINCO DE AGOSTO – DUQUE DE CAXIAS – RJ
vidalclin.caxias@vidalclin.com.br

DS
HJP

DS
HJP

| | | |
|---|-----|--------|
| BACTERIOLOGIA DE SECREÇÃO DE OROFARINGE | R\$ | 22,90 |
| BETA -HCG | R\$ | 30,37 |
| BILIRRUBINAS | R\$ | 7,60 |
| CADMIO URINÁRIO | R\$ | 50,61 |
| CARBOXIHEMOGLOBINA | R\$ | 25,31 |
| CHUMBO | R\$ | 45,55 |
| CHUMBO SÉRICO(SANGUE) | R\$ | 45,55 |
| CHUMBO URINARIO | R\$ | 31,63 |
| CICLOHEXANO | | |
| CITOLOGIA HORMONAL | R\$ | 45,55 |
| CITOLOGIA ONCOTICA | R\$ | 44,29 |
| COAGULOGRAMA COMPLETO | R\$ | 25,31 |
| COBALTO | R\$ | 99,96 |
| COBRE | R\$ | 27,84 |
| COBRE URINÁRIO | R\$ | 27,83 |
| COCAINA-BENZOILECGONINA | R\$ | 44,29 |
| COLESTEROL HDL | R\$ | 12,66 |
| COLESTEROL LDL | R\$ | 8,86 |
| COLESTEROL TOTAL | R\$ | 12,66 |
| COLESTEROL VLDL | R\$ | 12,66 |
| COLINESTARASE PLASMÁTICA /ACETILCOLINA | R\$ | 14,02 |
| COLINESTERASE ERITROCITARIA | R\$ | 69,02 |
| COPROCULTURA | R\$ | 15,18 |
| CORTISOL-MANHA | R\$ | 27,84 |
| CREATININA | R\$ | 12,66 |
| CROMO SERICO | R\$ | 35,43 |
| CROMO URINÁRIO | R\$ | 21,51 |
| CULTURA PARA AEROBIOS | R\$ | 13,92 |
| DICLOROMETANO | R\$ | 241,55 |
| Ddimero | R\$ | 176,55 |
| ELEMENT. ANORM. E SEDIMENTOS (EAS) | R\$ | 10,12 |
| ELETOFORESE DE PROTEINAS | R\$ | 45,55 |
| ERITROGRAMA | R\$ | 5,69 |
| ETANOL | R\$ | 37,96 |
| FENOL | R\$ | 27,84 |
| ferritina | R\$ | 32,10 |
| fibrinogenio | R\$ | 32,10 |
| FERRO | R\$ | 12,66 |
| FLUORETO(URINÁRIO) | R\$ | 37,93 |
| FOSFALCALINA | R\$ | 7,60 |
| FUNGOS,PESQUISA DIRETA | R\$ | 11,38 |
| GAMA GT | R\$ | 10,12 |
| GLICOSE | R\$ | 13,80 |
| HB e Ag | R\$ | 44,29 |
| HBS Ag (ANTIGENO AUSTRALIA) | R\$ | 18,98 |
| HEMOGLOBINA GLICADA | R\$ | 50,61 |
| HEMOGRAMA COM PLAQUETAS | R\$ | 13,80 |
| HEMOGRAMA COMPLETO | R\$ | 13,80 |

DS
HJPDS
HJPwww.vidalclin.com.br

RUA 2 - N 167 - SALAS 1 E 2 - CONFORTO - VOLTA REDONDA - RJ

(24) 3342-9332 - vidalclin.vr@vidalclin.com.br

RUA OTÁVIO TARQUINO - N 410 - SALA 809 - CENTRO - NOVA IGUAÇU - RJ

(21) 2767-4289 - vidalclin.ni@vidalclin.com.br

RUA CONDE DE PORTO ALEGRE - N 119 - SALA 504 - BAIRRO VINTE E CINCO DE AGOSTO - DUQUE DE CAXIAS - RJ

vidalclin.caxias@vidalclin.com.br

| | | |
|---------------------------------------|-----|--------|
| HEMOSEDIMENTAÇÃO | R\$ | 8,86 |
| HEPATOGRAMA OU FUNÇÃO HEPÁTICA | R\$ | 34,51 |
| IGH,ANTI HBC(ANTI HBC TOTAL) | R\$ | 40,49 |
| IGM,ANTI HBC | R\$ | 50,61 |
| LEUCOGRAMA | R\$ | 6,32 |
| LIPASE | R\$ | 9,20 |
| LIPIDOGRAMA | R\$ | 43,02 |
| MACHADO GUERREIRO | R\$ | 25,31 |
| MACONHA-CANABINOIDES-THC | R\$ | 50,61 |
| MANGANES | R\$ | 50,61 |
| MANGANES URINARIO | R\$ | 63,27 |
| METANOL -URINA | R\$ | 54,41 |
| METIL ETILCETONA | R\$ | 69,59 |
| MICOLÓGICO CULTURA | R\$ | 29,96 |
| NIQUEL URINARIO | R\$ | 50,61 |
| OPIACEOS,TESTE DE TRIAGEM | R\$ | 151,83 |
| P S A LIVRE | R\$ | 45,55 |
| PARASITOLÓGICO-COLHEITA MULT | R\$ | 7,60 |
| PARASITOLÓGICO-FEZES(EPF) | R\$ | 12,66 |
| PCRPROTEINA C REATIVA | R\$ | 9,20 |
| PERFIL LIPIDICO(LIPIDOGRAMA) | R\$ | 43,02 |
| PESQUISA DE B.A.A.R | R\$ | 15,18 |
| PESQUISA DE ESCARRO | R\$ | 11,38 |
| PLAQUETOMETRIA | R\$ | 10,36 |
| POTASSIO | R\$ | 6,32 |
| PROTOPORFIRINAS Zn | R\$ | 139,19 |
| PROVA DA FUNÇÃO HEPÁTICA(HEPATOGRAMA) | R\$ | 34,51 |
| PSA TOTAL | R\$ | 50,61 |
| RETICULOCITOS | R\$ | 5,69 |
| SANGUE OCULTO ,PESQUISA | R\$ | 18,98 |
| SIFILIS-VDRL | R\$ | 12,66 |
| SODIO | R\$ | 6,32 |
| SOROLOGIA PARA CHAGAS IGG | R\$ | 29,91 |
| SOROLOGIA PARA CHAGAS IGM | R\$ | 29,91 |
| T G O | R\$ | 6,32 |
| T G P | R\$ | 6,32 |
| T3 | R\$ | 26,57 |
| T4 LIVRE | R\$ | 25,31 |
| TIPAGEM SANGUINEA E FATOR RH | R\$ | 12,66 |
| TRICLOROCOMPOSTOS TOTAIS | R\$ | 43,02 |
| TRIGLICERIDEOS | R\$ | 8,86 |
| TSH | R\$ | 27,84 |
| UREIA | R\$ | 6,32 |
| URINA/BETA HCG | R\$ | 31,63 |
| URINOCULTURA | R\$ | 17,25 |
| VHS | R\$ | 9,20 |
| VITAMINA B 12 | R\$ | 50,61 |
| VITAMINA D3 | R\$ | 63,27 |

DS

HJPV

DS

HJPV

| | | |
|---|-----|--------|
| ZINCO | R\$ | 37,96 |
| EXAME CLÍNICO (UNIDADES VIDALCLIN) | R\$ | 40,00 |
| AUDIOMETRIA | R\$ | 45,00 |
| ACUIDADE VISUAL | R\$ | 22,00 |
| ECG | R\$ | 35,00 |
| EEG | R\$ | 65,57 |
| ESPIROMETRIA | R\$ | 46,01 |
| RX TÓRAX | R\$ | 63,27 |
| RX COLUNA LOMBO SACRA | R\$ | 96,00 |
| RX TORAX PA E PERFIL | R\$ | 96,00 |
| RX COLUNA DORSAL(AP,LAT) | R\$ | 96,00 |
| RX COLUNA CERVICAL(AP/PERFIL) | R\$ | 96,00 |
| RX TÓRAX PA OIT | R\$ | 96,00 |
| TESTE DE ROMBERG | R\$ | 22,00 |
| AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL | R\$ | 101,22 |
| AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA | R\$ | 63,27 |
| TOXICOLÓGICO | R\$ | 190,00 |

DS
HJPV

DS
HJPV

VIDALCLIN
Medicina e Segurança do Trabalho 

UNIDADE MÓVEL:



DS
HJP

DS
HJP

VIDALCLIN
Medicina e Segurança do Trabalho

www.vidalclin.com.br

Observações:

O início da prestação dos serviços está condicionado à aceitação da proposta comercial e posteriormente assinatura do contrato.

Faturamento:

1. O valor mensal será cobrado no mês subsequente à prestação de serviço;
2. Os serviços sob demanda somente serão cobrados após a realização dos mesmos;

www.vidalclin.com.br

RUA 2 - N 167 - SALAS 1 E 2 - CONFORTO - VOLTA REDONDA - RJ

(24) 3342-9332 - vidalclin.vr@vidalclin.com.br

RUA OTÁVIO TARQUINO - N 410 - SALA 809 - CENTRO - NOVA IGUAÇU - RJ

(21) 2767-4289 - vidalclin.ni@vidalclin.com.br

RUA CONDE DE PORTO ALEGRE - N 119 - SALA 504 - BAIRRO VINTE E CINCO DE AGOSTO - DUQUE DE CAXIAS - RJ

vidalclin.caxias@vidalclin.com.br

3. O contrato terá vigência de 12 meses, após esse período será renovado automaticamente pelo IGPM ou poderão ser negociados de comum acordo entre as partes;
4. O valor supracitado já possui ISS referente a nota fiscal.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Dr. HIGOR VIDAL | Diretor


CONCORDAMOS COM OS SERVIÇOS, CONDIÇÕES E VALORES DISCRIMINADOS NA PRESENTE PROPOSTA:

Nome: Assinatura:

Cargo:

Data: / /

FAVOR RUBRICAR TODAS AS PÁGINAS E ENCAMINHAR ESTA PROPOSTA ASSINADA PARA: comercial@vidalclin.com.br

DS


DS


Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: DBD41EA56F4A4C89979573ACE4FD0176

Status: Concluído

Assunto: Complete com a DocuSign: VIDALCLIN - APS - NI - CT_006.2024 - Medicina e Segurança do Trabalho....

Envelope fonte:

Documentar páginas: 19

Assinaturas: 2

Remetente do envelope:

Certificar páginas: 5

Rubrica: 36

Marcus Perdiz da Silva

Assinatura guiada: Ativado

Av Tancredo Neves, 1283, sl. 202, Caminho das Árvores

Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado

Salvador, Bahia 41820-021

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

juridico1@imapssaude.org

Endereço IP: 189.89.178.150

Rastreamento de registros

Status: Original

Portador: Marcus Perdiz da Silva

Local: DocuSign

31/01/2024 09:54:12

juridico1@imapssaude.org

Eventos do signatário**Assinatura****Registro de hora e data**

Higor José Pires Vidal

dr.higor@vidalclin.com.br

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

DocuSigned by:



278CBBBAFC5A40C...

Enviado: 31/01/2024 10:05:21

Visualizado: 31/01/2024 11:28:35

Assinado: 31/01/2024 11:33:07

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 179.134.56.187

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 29/01/2024 10:04:57

ID: 9433645e-b489-4d77-9048-bdc03a1dae42

Marcus Perdiz da Silva

juridico1@imapssaude.org

Diretor Presidente

Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Mutuipe

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

DocuSigned by:



2F35FF88E58B42C...

Enviado: 31/01/2024 11:33:11

Visualizado: 31/01/2024 11:57:15

Assinado: 31/01/2024 11:57:46

Adoção de assinatura: Imagem de assinatura carregada

Usando endereço IP: 189.89.178.150

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Não oferecido através do DocuSign

| Eventos do signatário presencial | Assinatura | Registro de hora e data |
|-----------------------------------|------------------------|-------------------------|
| Eventos de entrega do editor | Status | Registro de hora e data |
| Evento de entrega do agente | Status | Registro de hora e data |
| Eventos de entrega intermediários | Status | Registro de hora e data |
| Eventos de entrega certificados | Status | Registro de hora e data |
| Eventos de cópia | Status | Registro de hora e data |
| Eventos com testemunhas | Assinatura | Registro de hora e data |
| Eventos do tabelião | Assinatura | Registro de hora e data |
| Eventos de resumo do envelope | Status | Carimbo de data/hora |
| Envelope enviado | Com hash/criptografado | 31/01/2024 10:05:21 |

| Eventos de resumo do envelope | Status | Carimbo de data/hora |
|--------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| Entrega certificada | Segurança verificada | 31/01/2024 11:57:15 |
| Assinatura concluída | Segurança verificada | 31/01/2024 11:57:46 |
| Concluído | Segurança verificada | 31/01/2024 11:57:46 |

| Eventos de pagamento | Status | Carimbo de data/hora |
|-----------------------------|---------------|-----------------------------|
|-----------------------------|---------------|-----------------------------|

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico

ELECTRONIC RECORD AND SIGNATURE DISCLOSURE

From time to time, ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE MUTUÍPE – IMAPS (we, us or Company) may be required by law to provide to you certain written notices or disclosures. Described below are the terms and conditions for providing to you such notices and disclosures electronically through the DocuSign system. Please read the information below carefully and thoroughly, and if you can access this information electronically to your satisfaction and agree to this Electronic Record and Signature Disclosure (ERSD), please confirm your agreement by selecting the check-box next to ‘I agree to use electronic records and signatures’ before clicking ‘CONTINUE’ within the DocuSign system.

Getting paper copies

At any time, you may request from us a paper copy of any record provided or made available electronically to you by us. You will have the ability to download and print documents we send to you through the DocuSign system during and immediately after the signing session and, if you elect to create a DocuSign account, you may access the documents for a limited period of time (usually 30 days) after such documents are first sent to you. After such time, if you wish for us to send you paper copies of any such documents from our office to you, you will be charged a \$0.00 per-page fee. You may request delivery of such paper copies from us by following the procedure described below.

Withdrawing your consent

If you decide to receive notices and disclosures from us electronically, you may at any time change your mind and tell us that thereafter you want to receive required notices and disclosures only in paper format. How you must inform us of your decision to receive future notices and disclosure in paper format and withdraw your consent to receive notices and disclosures electronically is described below.

Consequences of changing your mind

If you elect to receive required notices and disclosures only in paper format, it will slow the speed at which we can complete certain steps in transactions with you and delivering services to you because we will need first to send the required notices or disclosures to you in paper format, and then wait until we receive back from you your acknowledgment of your receipt of such paper notices or disclosures. Further, you will no longer be able to use the DocuSign system to receive required notices and consents electronically from us or to sign electronically documents from us.

All notices and disclosures will be sent to you electronically

Unless you tell us otherwise in accordance with the procedures described herein, we will provide electronically to you through the DocuSign system all required notices, disclosures, authorizations, acknowledgements, and other documents that are required to be provided or made available to you during the course of our relationship with you. To reduce the chance of you inadvertently not receiving any notice or disclosure, we prefer to provide all of the required notices and disclosures to you by the same method and to the same address that you have given us. Thus, you can receive all the disclosures and notices electronically or in paper format through the paper mail delivery system. If you do not agree with this process, please let us know as described below. Please also see the paragraph immediately above that describes the consequences of your electing not to receive delivery of the notices and disclosures electronically from us.

How to contact ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE MUTUÍPE – IMAPS:

You may contact us to let us know of your changes as to how we may contact you electronically, to request paper copies of certain information from us, and to withdraw your prior consent to receive notices and disclosures electronically as follows:

To contact us by email send messages to: juridico@imapssaude.org

To advise ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE MUTUÍPE – IMAPS of your new email address

To let us know of a change in your email address where we should send notices and disclosures electronically to you, you must send an email message to us at juridico@imapssaude.org and in the body of such request you must state: your previous email address, your new email address. We do not require any other information from you to change your email address.

If you created a DocuSign account, you may update it with your new email address through your account preferences.

To request paper copies from ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE MUTUÍPE – IMAPS

To request delivery from us of paper copies of the notices and disclosures previously provided by us to you electronically, you must send us an email to juridico@imapssaude.org and in the body of such request you must state your email address, full name, mailing address, and telephone number. We will bill you for any fees at that time, if any.

To withdraw your consent with ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE MUTUÍPE – IMAPS

To inform us that you no longer wish to receive future notices and disclosures in electronic format you may:

i. decline to sign a document from within your signing session, and on the subsequent page, select the check-box indicating you wish to withdraw your consent, or you may;

ii. send us an email to juridico@imapssaude.org and in the body of such request you must state your email, full name, mailing address, and telephone number. We do not need any other information from you to withdraw consent.. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process..

Required hardware and software

The minimum system requirements for using the DocuSign system may change over time. The current system requirements are found here: <https://support.docusign.com/guides/signer-guide-signing-system-requirements>.

Acknowledging your access and consent to receive and sign documents electronically

To confirm to us that you can access this information electronically, which will be similar to other electronic notices and disclosures that we will provide to you, please confirm that you have read this ERSD, and (i) that you are able to print on paper or electronically save this ERSD for your future reference and access; or (ii) that you are able to email this ERSD to an email address where you will be able to print on paper or save it for your future reference and access. Further, if you consent to receiving notices and disclosures exclusively in electronic format as described herein, then select the check-box next to ‘I agree to use electronic records and signatures’ before clicking ‘CONTINUE’ within the DocuSign system.

By selecting the check-box next to ‘I agree to use electronic records and signatures’, you confirm that:

- You can access and read this Electronic Record and Signature Disclosure; and
- You can print on paper this Electronic Record and Signature Disclosure, or save or send this Electronic Record and Disclosure to a location where you can print it, for future reference and access; and
- Until or unless you notify ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE MUTUÍPE – IMAPS as described above, you consent to receive exclusively through electronic means all notices, disclosures, authorizations, acknowledgements, and other documents that are required to be provided or made available to you by ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE MUTUÍPE – IMAPS during the course of your relationship with ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E À INFÂNCIA DE MUTUÍPE – IMAPS.