

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO EM SAÚDE OCUPACIONAL

CONTRATADA

Razão Social: **CORREA APOIO ADMINISTRATIVO E SEGURANÇA DO TRABALHO LTDA EPP**

Endereço: Av General Mello, 277, Anexo Hismet Seg do Trabal, Dom Aquino, CEP: 78.015-300

Cidade/UF: Cuiabá – MT

CNPJ: 24.314.442/0001-70

CONTRATADA

Razão Social: **Hismet - Higiene Seguranca e Medicina do Trabalho Ltda**

Endereço: Av General Mello, 277, Dom Aquino, CEP: 78.015-300

Cidade/UF: Cuiabá – MT

CNPJ: 36.894.418/0001-37

CONTRATANTE

Razão Social: **SETRAMED SERVIÇOS DE SEGURANÇA DO TRABALHO E MEDICINA LTDA**

Endereço: Rua General Osório, Nº 3000, Parque São Paulo, CEP: 85.802-070

Cidade/UF: Cascavel – PR

CNPJ: 16.529.319/0001-49

Contratam o que segue, de acordo com as cláusulas abaixo:

1 – DO OBJETO

O presente contrato tem como objeto a prestação de serviços especializados em **Medicina do Trabalho** e todos os procedimentos inerentes à referida especialidade, pela **CONTRATADA**, a todos indicados pelas **CONTRATANTE**.

2 – DOS REAJUSTES

Os valores poderão ser reajustados anualmente, mediante prévio acordo entre as partes.

3 – DA VIGÊNCIA E RESCISÃO

O presente contrato tem prazo indeterminado, com início de vigência a partir da data de sua assinatura, e poderá ser rescindido por qualquer uma das partes, a qualquer tempo, mediante aviso prévio de no mínimo 30 (trinta) dias de antecedência.

4 – DO FATURAMENTO

O faturamento deverá ser encaminhado até o quinto dia útil do mês subsequente ao da realização dos atendimentos, compreendidos entre o dia primeiro e o último dia do mês de competência, juntamente com o relatório de atendimentos via e-mail.

§ 1º Os ASOS, fichas clínica e exames serão enviados pela **CONTRATADA** via correio para a **CONTRATANTE** no até o quinto dia útil do mês subsequente aos atendimentos, devidamente preenchidos, com assinatura e carimbo do médico examinador, necessariamente não deverá haver nenhuma rasura ou ausência do documento citado, que venham a não caracterizar ao atendimento.

§ 2º Serão glosados os pagamentos caso a **CONTRATADA** não encaminhe todos os documentos comprobatórios dos serviços, assim como quando as guias de procedimentos estiverem com campos em branco, incompletos ou preenchidos incorretamente, sendo que a documentação será devolvida para as devidas correções e posterior pagamento.

5 – DO PAGAMENTO

A **CONTRATANTE** pagará a **CONTRATADA** os valores dos exames e serviços que constam discriminados na **TABELA DE VALORES – ANEXO I**.

§ 1º A **CONTRATANTE** efetuará o pagamento através da nota fiscal e boleto emitidos pela **CONTRATADA** com vencimento para o dia 25 do mês subsequente aos atendimentos.

§ 2º Caso a **CONTRATANTE** não efetue o pagamento no prazo e forma estipulados nesse contrato, o valor a ser pago deverá ser acrescido de juros de mora de 1%(um por cento) ao mês e correção monetária pela variação positiva do IGP-M, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, e sobre o valor total atualizado aplicar-se á multa de 2%(dois por cento). Não cabendo nenhum outro tipo de multa, taxa ou correção de valores. Além do previsto acima, pelo atraso injustificado no pagamento dos valores devidos a **CONTRATADA** procederá suspender imediatamente os serviços ou mesmo a rescisão do contrato.

§ 3º Havendo a necessidade de serem realizados exames complementares, dos quais não estão inclusos na **TABELA DE VALORES – ANEXO I**, os valores dos exames serão cobrados a parte, mediante acordo prévio entre as partes ou aditivo contratual.

6 – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1 A **CONTRATADA** é responsável exclusiva pelo pagamento de todas as obrigações trabalhistas, previdenciárias, fiscais, tributárias e quaisquer outras relativas a seus empregados e sua empresa, decorrentes dos serviços contratados;

6.2 A **CONTRATADA** é responsável, civil e criminalmente, por erros técnicos / médicos cometidos por seus profissionais, funcionários ou terceirizados que a representem perante este contrato, em decorrência da prestação de serviços aos usuários da **CONTRATANTE**;

6.3 A **CONTRATADA** se obriga a utilizar pessoal habilitado de acordo com as normas éticas para o cumprimento do referido contrato;

6.4 A **CONTRATADA** se obriga a apresentar toda a documentação comprobatória de funcionamento do estabelecimento, bem como certificados de calibração dos equipamentos e registros em conselhos de classes dos profissionais que executarem os serviços, quando solicitados pela **CONTRATANTE**;

6.5 Para todo e qualquer atendimento o usuário deverá se apresentar com documento com foto;

6.6 A CONTRATADA se compromete a realizar o atendimento conforme o Manual de Rotina para Atendimento Médico (ANEXO II), assim como utilizar somente o KIT de atendimento (ASO Atestado de Saúde Ocupacional, ficha clínica/anamnese e autorização de exames) fornecido pela **CONTRATANTE**;

6.7 A CONTRATADA se obriga a enviar cópia do ASO, do prontuário e de todos os exames realizados de forma digitalizada após a conclusão do atendimento;

6.8 A CONTRATANTE se obriga a enviar o KIT de atendimento exclusivamente via e-mail em tempo hábil para realização do atendimento.

6.9 A CONTRATADA encaminhará, sempre que solicitada, as informações pessoais (nome completo, CPF e CRM) dos médicos examinadores para cadastro no sistema da **CONTRATANTE**, assim como deverá informar qual será o profissional que estará atendendo no dia do agendamento;

7 - DO FORO

Fica eleito o Foro da cidade de Cuiabá - MT, para quaisquer procedimentos judiciais cabíveis e oriundos deste contrato, e por estarem assim justas e contratadas assinarem este instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas.

Cascavel, 15 de setembro de 2026.

SETRAMED SERVICOS
DE SEGURANCA DO
TRABALHO E
MEDI:16529319000149

Assinado de forma digital por
SETRAMED SERVICOS DE
SEGURANCA DO TRABALHO E
MEDI:16529319000149
Dados: 2026.09.16 15:25:55
-03'00'

CONTRATANTE
SETRAMED SERV SEG TRAB E MED LTDA

CONTRATADA
CORREA APOIO ADMINISTRATIVO E SEGURANÇA DO TRABALHO LTDA EPP

ANEXO 1 – TABELA DE VALORES

Serviços/Exames	Valor
Avaliação clínica ocupacional	R\$ 40,00
Avaliação psicossocial com médico	R\$ 100,00
Audiometria	R\$ 30,00
Acuidade Visual	R\$ 20,00
Eletrocardiograma	R\$ 50,00
Eletroencefalograma	R\$ 75,00
Espirometria	R\$ 35,00
RX de Tórax OIT	R\$ 80,00
RX de Coluna Lombo Sacra	R\$ 80,00
Glicemia	R\$ 10,00
Hemograma completo	R\$ 15,00
Ácido Hipúrico	R\$ 30,00
Ácido Metil-Hipúrico	R\$ 30,00
Exame Toxicológico Motorista	R\$ 160,00

ANEXO II – MANUAL E NORMAS DE ATENDIMENTO MÉDICO AOS CREDENCIADOS

5

Ao realizar o atendimento médico ocupacional e exames complementares, favor atentar para as seguintes orientações:

O atendimento via SETRAMED é feito exclusivamente com as guias enviadas pela mesma, as quais constam:

- **ANAMNESE:** que deve ser preenchida pelo colaborador ou atendente em caso de analfabetos e coletado assinatura ou digital;
- **FICHA CLÍNICA:** Anexa a anamnese (pode ser feito impressão no verso), onde o médico deve preencher conforme solicitado, toda e qualquer informação pertinente ao atendimento ocupacional;
- **ASO – ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL:** em 3 (três vias) onde a primeira via é da empresa, a segunda via é do colaborador e a terceira via é da assessoria (no caso SETRAMED);
- Atendimento médico sem anotações ou em branco serão devolvidos para complemento, caracterizando que não houve atendimento;
- O ASO só poderá ser finalizado após a realização de todos os exames complementares (prontuários sem exames complementares ou em falta serão devolvidos para adequação e glossa do pagamento);
- Imediatamente após conclusão do ASO, encaminhar a documentação por e-mail para que o cliente possa dar continuidade nos trâmites contábeis e a SETRAMED o envio do evento ao e-Social;
- Nos exames de **RETORNO AO TRABALHO é OBRIGATÓRIO** a apresentação do indeferimento do INSS (exceto para licença maternidade ou aposentados) e/ou atestado do médico assistente afirmando aptidão para retorno ao trabalho, uma cópia deverá ser anexada ao prontuário;
- Encaminhar para SETRAMED todo o prontuário e exames assim como todas as vias do ASO conforme faturamento acordado;
- Não utilizar carbono entre as vias do ASO, todas devem ser preenchidas a caneta azul ou preta;

QUALQUER ALTERAÇÃO SIGNIFICATIVA NOS EXAMES COMPLEMENTARES DEVERÃO SER INFORMADAS, ANTES DA CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO, PARA ORIENTAÇÃO DO COORDENADOR MÉDICO.

Em caso de **INAPTIDÃO ou RESTRIÇÃO**, entrar em contato com o médico coordenador Dr. Rogério Yuzo Toyama imediatamente para orientações no e-mail: rogertoyama@hotmail.com ou pelos telefones (45) 3037-7043, (43) 99644 – 0845;

Demais dúvidas entrar em contato pelo e-mail: enfermagem@setramed.com.br (Danuza) ou pelo telefone (45) 3037-7043;