CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Por este instrumento, por um lado, **ERGOVIDA** – Assessoria em Medicina do Trabalho, com sede à Avenida da Saudade, 263, Jardim Jurumirim – Piraju, Estado de São Paulo, com CNPJ 03.971.319/0001-52, neste ato representado por sua Diretora Administrativa Mary Lucia Safra Ortega, RG 12.984.972-8, CPF 041.505.338-22, residente à Rua Delmiro Fernandes, 245, Jardim Ana Maria, Piraju, Estado de São Paulo, doravante denominada CONTRATADA, e **SOCIEDADE DE BENEFICENCIA DE PIRAJU**, com sede à Rua 07 de setembro, 818, Centro – Piraju, Estado de São Paulo, com CNPJ 54.667.316/0001-60, neste ato representado por Bruno Bragança Pedro, RG 34.233.970-9, CPF 302.660.028-89, doravante denominada CONTRATANTE, firmam o presente Contrato de Prestação de Serviços, que se regerá pelos seguintes termos:

Cláusula I
Das Obrigações

DA CONTRATADA

A CONTRATADA se obriga a:

I) Realizar uma visita técnica por ano.

II) Elaborar os Laudos de Saúde e Segurança do Trabalho (LTCAT, PCMSO e PGR), conforme as normas vigentes.

III) Realizar os exames médicos necessários nos funcionários da CONTRATANTE, de acordo com a Portaria 3214 do Ministério do Trabalho, com a emissão do correspondente Atestado de Saúde Ocupacional - ASO, entendidos como: admissional, periódico, de mudança de risco, de retorno ao trabalho e demissional.

IV) Manter, sob sua guarda, o prontuário individual de todos os funcionários da CONTRATANTE, de acordo com determinação legal exigida.

V) Solicitar os exames complementares necessários para atender aos dispositivos do PCMSO.

VI) Realizar o envio dos eventos S2220 e S2240 para o e-Social, sempre que houver a realização de um exame ocupacional (admissional, periódico, mudança de risco, demissional).

DA CONTRATANTE

A CONTRATANTE se obriga a:

I) Arcar com os custos da execução das atividades relacionadas à correta atenção médica aos seus funcionários, particularmente àquelas voltadas aos exames complementares solicitados se necessário for.

II) Atender aos dispositivos legais emanados do PGR e PCMSO.

III) Fornecer as informações necessárias para os envios na plataforma do e-Social.

IV) Efetuar o pagamento mensal, conforme estabelecido na Cláusula II.

Cláusula II
Dos Custos

A CONTRATANTE pagará à CONTRATADA os seguintes valores pelos serviços a serem prestados:

Valor por funcionário: **R$ 10,00** mensal.
Valor por avaliação de atestado: **R$ 50,00**.
Vencimento da mensalidade: dia 10.
Primeira prestação com vencimento em: 10/05/2023
Forma de pagamento: Depósito bancário.
E-mail para envio da fatura: financeiro@hospitaldepiraju.com.br

Vale lembrar, que o valor é cobrado por funcionário ativo no sistema. Isto é, qualquer situação do funcionário dentro do sistema, diferente de "inativo", é considerado ativo (ativo, afastado, pendente). Cabe a CONTRATANTE informar a CONTRATADA sempre que houver um desligamento dentro da validade do exame ocupacional já realizado.
Ainda, referente a cobrança de funcionários, vale ressaltar que a cobrança de um funcionário que foi inativado deixará de ser efetuada no mês posterior a

inativação. Ou seja, no mês corrente em que ele foi inativado, haverá a cobrança, pois ele estava ativo.

Cláusula III

Da Vigência do Contrato

I) O presente contrato terá a vigência de 1 (um) ano, a partir de sua assinatura, podendo ser renovado por interesse das PARTES quantas vezes for desejado, com correção, à sua renovação, pelo índice IGPM- Índice Geral de Preço do Mercado.

II) Se o contrato for rescindido antes do período de 1(um) ano, por parte da CONTRATANTE, esta fica obrigada a pagar à CONTRATADA, em até 30 (trinta) dias, o valor referente ao período faltante para completar os 12 (doze) meses de mensalidade.

Cláusula IV

Do Fórum

Fica eleito o Fórum da Comarca de Piraju para dirimir eventuais dúvidas relacionadas à execução do que pactuam as PARTES deste Contrato.

Cláusula V

Disposições Finais

E por estarem em comum acordo, firmam as PARTES o presente instrumento, em duas vias de igual teor.

Piraju, 01 de abril de 2023.

Mary Lucia Safra Ortega ERGOVIDA	Bruno Bragança Pedro SOCIEDADE DE BENEFICENCIA DE PIRAJU
Testemunha Nome:_____ CPF: _____	Testemunha Nome:_____ CPF: _____