(4)

CAIXA

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Via Internet Banking CAIXA

Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Pagador Final / Efetivo	
CPF/CNPJ:	00.211.504/0001-50
Nome:	CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE
Conta de débito:	0893 / 003 / 00000287-0

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Representação numérica do código de barras:	34191.1295 25121.580078 31335.401000 4 178340000000759
Instituição Emissora - Nome do Banco:	

Data do Vencimento:	20/03/2019
Data de Efetivação / Agendamento:	20/03/2019
Valor Nominal do Boleto:	0,00
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	0,00
Valor Pago (R$):	7,59
Identificação do Pagamento:	CONTREI

Data/hora da operação: 20/03/2019 07:20:55

Código da operação: 000314776

Chave de segurança: 3769HJRQ9WYZC9EZ

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
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

NFS-e
1842

Data e Hora da Emissão	08/03/2019 15:50:01	Competência	8/3/2019	Código de Verificação	500231137
Número do RPS	201900000001842	No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	CONTAGEM - MG

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	CESTCON CENTRO ESP EM SAUDE DO TRABALHADOR DE CONTAGEM LTDA - EPP				
Nome Fantasia	CONTREI				
CNPJ/CPF	02.553.322/0001-93	Inscrição Municipal	51489015	Município	CONTAGEM - MG
Endereço e CEP	AVENI AV. JOSE FARIA DA ROCHA ,5119 - CIDADE JARDIM ELDORADO CEP: 32310-210				
Complemento	LJ	Telefone	3223-9349	e-mail	gerusa@contrei.com

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	CASA DE APOIO A CRIANCA CARENTE DE CONTAGEM - ELDORADO				
CNPJ/CPF	00.211.504/0001-50	Inscrição Municipal		Município	CONTAGEM - MG
Endereço e CEP	RUA DAS PAINEIRAS ,1448 - ELDORADO CEP: 32310-400				
Complemento		Telefone	(31)3392-9199	e-mail	rh@casadeapoio.org.br

Discriminação do Serviço

PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA DO TRABALHO-MENSALIDADE:MARCO/2019-SERVICO DE CONVIVENCIA - Recolhimento de ISS por Profissional Liberal. - VENCIMENTOS: 20/03/19: 7,59

Certificamos que o Mun... constante deste documento foi ... prestado sem pendências com ... para pela Contrei ... Cheque 344776 Área/Conta ... Contagem, ... de março ...

Código do Serviço / Atividade

4.01 / 861010103 - atividades de medicina e biomedicina

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

(R$)	0,00	COFINS (R$)	0,00	IR (R$)	0,00	INSS (R$)	0,00	CSLL (R$)	0,00

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço R$	7,59	Natureza Operação	Valor do Serviço R$	7,59
(-) 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	3-Sociedade de Profissionais	Base de Cálculo	7,59
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	0,00
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R$	7,59	Incentivador Cultural 2-Não	(=) Valor do ISSQN R$	0,00

Avisos	1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://contagem.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

RECIBO DO PAGADOR

Itaú Banco Itaú S.A. |341-7|

Local de Pagamento: EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO MESMO APOS O VENCIMENTO					Vencimento **20/03/2019**
Beneficiário **CESTCON C ESP S TRAB CONT LTDA** CNPJ: 02.553.322/0001-93					Agência/Código Beneficiário 0781/33540-1
Endereço Beneficiário / Sacador Avalista **RUA GONCALVES DIAS 229 2.ANDAR FUNCIONARIOS BELO HORIZONTE MG 30140 090**					
Data do documento: 08/03/19	No. do documento 1842.-01	Espécie doc. DM	Aceite A	Data Processamento 08/03/19	Nosso Número 112/95512158-0
Uso do Banco	Carteira 112	Espécie R$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento **7,59**
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. APOS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R$ ..... 0,00 AO DIA APOS 20/03/2019 MULTA DE ..... 0,76 PROTESTAR APOS 10 DIAS CORRIDOS DO VENCIMENTO SUJEITO A NEGATIVACAO SE NAO FOR PAGO NO VCTO COBRANCA ESCRITURAL.					(-) Descontos/Abatimento (+) Mora/Multa (=) Valor Cobrado
Pagador - CASA DE APOIO A CRIANCA CARENT RUA DAS PAINEIRAS,1448 32310-400 ELDORADO CONTAGEM MG Sacador/Avalista: JUROS 1% MES, MULTA 10% MES			CNPJ/CPF 000211504000150		

Autenticação mecânica

Itaú Banco Itaú S.A. |341-7| **34191.12952 51215.800783 13354.010004 1 78340000000759**

Local de Pagamento: EM QUALQUER BANCO OU CORRESP. NAO BANCARIO MESMO APOS O VENCIMENTO					Vencimento **20/03/2019**
Beneficiário **CESTCON C ESP S TRAB CONT LTDA** CNPJ: 02.553.322/0001-93					Agência/Código Beneficiário 0781/33540-1
Data do documento: 08/03/19	No. do documento 1842.-01	Espécie doc. DM	Aceite A	Data Processamento 08/03/19	Nosso Número 112/95512158-0
Uso do Banco	Carteira 112	Espécie R$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento **7,59**
Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o BENEFICIÁRIO. APOS O VENCIMENTO COBRAR MORA DE R$ ..... 0,00 AO DIA APOS 20/03/2019 MULTA DE ..... 0,76 PROTESTAR APOS 10 DIAS CORRIDOS DO VENCIMENTO SUJEITO A NEGATIVACAO SE NAO FOR PAGO NO VCTO COBRANCA ESCRITURAL.					(-) Descontos/Abatimento (+) Mora/Multa (=) Valor Cobrado
Pagador - CASA DE APOIO A CRIANCA CARENT RUA DAS PAINEIRAS,1448 32310-400 ELDORADO CONTAGEM MG Sacador/Avalista: JUROS 1% MES, MULTA 10% MES			CNPJ/CPF 000211504000150		

Ficha de Compensação
Autenticação Mecânica

Certificamos que o pagamento constante deste documento foi efetuado em cheque sob nº 314776 Arquivamos

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

QUE ENTRE SI FAZEM DE UM LADO COMO **CONTRATANTE** A EMPRESA DESIGNADA NO QUADRO ABAIXO:

EMPRESA	**CASA DE APOIO À CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM**
CNPJ	**02.211.504/0001-50**
RUA / AV. / Nº. / BAIRRO	**Rua das Paineiras, nº 1.448, Eldorado**
CEP / CIDADE / ESTADO	**32.310-400 – Contagem/MG**
TELEFONE / EMAIL	**(31) 3392-9199**
REPRESENTANTE LEGAL	**Sr. Luiz Carlos Vargas**

E, DE OUTRO LADO, COMO **CONTRATADA** A **CESTCON – CENTRO ESPECIALIZADO EM SAÚDE DO TRABALHADOR DE CONTAGEM LTDA.**, CNPJ/MF **02.553.322/0001-93**, INSCRIÇÃO ESTADUAL: **ISENTA**, COM SEDE À **AV. JOSÉ FARIA DA ROCHA, N.º 5.119, BAIRRO ELDORADO, CEP.: 32.310-211, CONTAGEM/MG, TELEFONE: (31) 3395.4611**, TÊM ENTRE SI JUSTO E CONTRATADADO O SEGUINTE, A SABER:

CLÁUSULA PRIMEIRA – O OBJETO DO PRESENTE CONTRATO É A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS SEGUNDO AS NORMAS COGENTES ELENCADAS NA NR-7, NR-9 QUE DISCIPLINA O **PCMSO (PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL) e PPRA (PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS)**, PARA ATENDER AOS FUNCIONÁRIOS DA CONTRATANTE E SE REGE PELAS CLÁUSULAS AQUI DETERMINADAS.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DURAÇÃO E CUSTOS DO CONTRATO:
O NÚMERO INICIAL DE FUNCIONÁRIOS DEFINIDOS PARA A PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS, O CUSTO POR FUNCIONÁRIO/MÊS E O CUSTO MENSAL DOS SERVIÇOS PARA O PCMSO ESTÃO DESCRITOS NO QUADRO RESUMO ABAIXO:

PARA A IMPLANTAÇÃO DO PCMSO – ENTREGA DO DOCUMENTO BASE:

CUSTO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA	**Não será cobrado - CORTESIA.**
DATA DE PAGAMENTO / RENOVAÇÃO	**Na entrega de cada Documento Base do PCMSO e/ou cada RELATÓRIO ANUAL corrigido pela variação do IGPM da FGV.**

PARA A COORDENAÇÃO DO PCMSO:

DATA DA ASSINATURA	**01/03/2014**
DATA DE PAGAMENTO	**Todo dia 20 do mês subseqüente a assinatura do Contrato.**
CUSTO/ FUNCIONÁRIO/MÊS	**R$ 5,75 (Cinco reais e setenta e cinco centavos) por empregado/mês.**
Nº DE FUNCIONÁRIOS INICIAL	**139 (Cento e trinta e nove)**
CUSTO MENSAL (parcelas)	**R$ 799,25 (Setecentos e noventa e nove reais e vinte e cinco centavos) por empregado/mês.**

Os custos dos **Exames Complementares,** ***(se necessários)***, e as **Interconsultas** com outras especialidades, ambos serão de responsabilidade da CONTRATANTE.

I - O AUMENTO OU REDUÇÃO DO NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS, IMPLICARÁ EM AUMENTO OU REDUÇÃO PROPORCIONAL NO VALOR DAS PARCELAS MENSAIS VINDOURAS.

II – O CONTRATO TEM DURAÇÃO DE 01 (UM) ANO A PARTIR DA DATA DA ASSINATURA DO MESMO, RENOVANDO-SE AUTOMATICAMENTE POR PERÍODOS IGUAIS E SUCESSIVOS, CASO NÃO SEJA DENUNCIADO POR QUALQUER DAS PARTES COM ANTECEDÊNCIA MÍNIMA DE 60 (SESSENTA) DIAS.

III – AS PARCELAS DO PCMSO SERÃO PAGAS MENSALMENTE, CONFORME DATA DO VENCIMENTO NO QUADRO RESUMO ACIMA, A PARTIR DO MÊS SUBSEQUENTE À ASSINATURA DO CONTRATO. OS EXAMES COMPLEMENTARES E CONSULTAS COM ESPECIALISTAS SERÃO PAGOS SEPARADAMENTE E NÃO FAZEM PARTE DESTE CONTRATO. HAVERÁ REAJUSTE ANUAL DO SERVIÇO COM BASE NA VARIAÇÃO DO IGPM DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

I – REALIZAR EXAMES MÉDICOS PREVISTOS NO ITEM 7.4.1 DO MTb/SSST n.º 24, DE 29/12/94, COMPREENDENDO EXAMES ADMISSIONAIS, PERIÓDICOS, DE RETORNO AO TRABALHO, DE MUDANÇA DE FUNÇÃO E DEMISSIONAIS.

II – SOLICITAR, INDICAR E ENCAMINHAR OS FUNCIONÁRIOS DA CONTRATANTE PARA REALIZAR CONSULTAS ESPECIALIZADAS E EXAMES COMPLEMENTARES PREVISTOS NOS ITENS, QUADROS E ANEXOS DA NR-7 OU QUAISQUER OUTROS USADOS EM PATOLOGIA CLÍNICA, QUANDO SOLICITADOS POR MÉDICO AGENTE DO TRABALHO, QUANDO ACORDADO EM CONVENÇÃO COLETIVA OU QUANDO INDICADO PELA EQUIPE MÉDICA QUE COORDENA O PROGRAMA. OS EXAMES COMPLEMENTARES SERÃO COBRADOS CONFORME IGPM DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS.

III – EMITIR RELATÓRIO ANUAL DO PCMSO, SEGUNDO OS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS NO ITEM N.º 7.4.6 DA NR-7.

IV – EMITIR ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO) EM DUAS VIAS PARA CADA EXAME MÉDICO REALIZADO, SENDO A PRIMEIRA PARA CONTROLE DA EMPRESA E A SEGUNDA PARA O TRABALHADOR.

V – REGISTRAR EM PRONTUÁRIO CLÍNICO INDIVIDUAL OS DADOS OBTIDOS NOS EXAMES MÉDICOS, INCLUINDO AVALIAÇÃO E EXAMES COMPLEMENTARES, AS CONCLUSÕES E AS MEDIDAS APLICADAS. ESTE PRONTUÁRIO DEVERÁ FICAR SOB A RESPONSABILIDADE DA CONTRATADA. EM CASO DE CANCELAMENTO DO CONTRATO, A CONTRATADA DEVERÁ TRANSFERIR O PRONTUÁRIO CLÍNICO INDIVIDUAL PARA O NOVO COORDENADOR DO PCMSO, APÓS SOLICITAÇÃO POR ESCRITO DA CONTRATANTE.

CLÁUSULA QUARTA - OS EXAMES ADMISSIONAIS, DEMISSIONAIS, DE MUDANÇA DE FUNÇÃO, DE RETORNO AO TRABALHO E OS PERIÓDICOS SERÃO REALIZADOS NAS DEPENDÊNCIAS DA CONTRATADA. TODOS OS EXAMES DEVEM SER MARCADOS COM ANTECEDÊNCIA MÍNIMA DE 1 (UM) DIA ÚTIL. EM CASO DE EXAMES MÉDICOS FORA DE BELO HORIZONTE, CONTAGEM E BETIM, A CONTRATADA SE RESPONSABILIZA PELA EXECUÇÃO DOS EXAMES SOMENTE SE FOREM EM NÚMERO MAIOR OU IGUAL A 30 (TRINTA), SENDO QUE A CONTRATANTE FORNECERÁ OS MEIOS MATERIAIS NECESSÁRIOS, CUSTEANDO TODAS AS DESPESAS DE TRANSPORTE, ALIMENTAÇÃO E HOSPEDAGEM. NÚMERO INFERIOR A 30 (TRINTA) DEVERÁ SER REALIZADO NO ENDEREÇO DA CONTRATADA COM TODAS AS DESPESAS DOS FUNCIONÁRIOS (INCLUSIVE TRANSPORTE) POR CONTA DA CONTRATANTE.

CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:

I – A CONTRATANTE SE OBRIGA A ACATAR INTEGRALMENTE AS NORMAS DO MINISTÉRIO DO TRABALHO, PRINCIPALMENTE NO QUE SE REFERE À NR-7 E SE RESPONSABILIZA LEGALMENTE EM CASO DE DESCUMPRIMENTO DA LEI.

II – A CONTRATANTE SE COMPROMETE A ACATAR AS DECISÕES E ORIENTAÇÕES TÉCNICAS EXPEDIDAS PELA CONTRATADA, FICANDO CERTO E AJUSTADO QUE QUAISQUER RESPONSABILIDADES DE NATUREZA CIVIL, TRABALHISTA, CRIMINAL OU OUTRA, POR MAIS ESPECIAL QUE SEJA, PORVENTURA ADVINDA DE FUNCIONÁRIOS DA CONTRATANTE, CORRERÃO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE POR CONTA DA CONTRATANTE.

III – OFERECER MEIO MATERIAL E PESSOAL ADEQUADO PARA A CONSECUÇÃO DAS NORMAS CONTIDAS NA LEGISLAÇÃO DO TRABALHO E EM ESPECIAL A NR-7.

IV – ACOLHER AS DETERMINAÇÕES DOS MÉDICOS DO TRABALHO OU OUTROS INDICADOS PELA CONTRATADA, GARANTINDO A EFICÁCIA DO PCMSO, PROPORCIONANDO AS FACILIDADES NECESSÁRIAS AO PRONTO CUMPRIMENTO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS.

V – A CONTRATANTE SE OBRIGA A REMETER À CONTRATADA, NO PRIMEIRO DIA ÚTIL DE CADA MÊS, UMA RELAÇÃO NOMINAL DOS QUE PODERÃO FAZER USO DOS SERVIÇOS DA CONTRATADA. TODOS OS FUNCIONÁRIOS DA CONTRATANTE DEVERÃO FAZER PARTE DESTE CONTRATO,

VI – OBEDECER AOS PRAZOS E PERIODICIDADES DETERMINADOS EM LEI PARA EXECUTAR OS EXAMES DE SAÚDE OCUPACIONAL (ADMISSIONAIS, PERIÓDICOS, DEMISSIONAIS, DE MUDANÇA DE FUNÇÃO E DE RETORNO AO TRABALHO).

VII – MANTER EM DIA O PAGAMENTO DAS PARCELAS DESTE CONTRATO.

VIII – SERÁ DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA CONTRATANTE, O CUSTEIO DE TODOS OS EXAMES LABORATORIAIS, RADIOGRAFIAS, ULTRA-SONOGRAFIA, ELETROCARDIOGRAMA, ELETROENCEFALOGRAMA E OUTROS QUE PORVENTURA SE FIZEREM NECESSÁRIOS. FICA CERTO E AJUSTADO QUE HAVENDO NECESSIDADE DE QUALQUER CONSULTA COM ESPECIALISTA OU TRATAMENTO DO TRABALHADOR, DESDE QUE A NECESSIDADE SEJA CARACTERIZADA "DO TRABALHO" OU "PELO TRABALHO", CORRERÃO POR CONTA DA CONTRATANTE TODOS OS SEUS CUSTOS, INCLUSIVE COM HONORÁRIOS PROFISSIONAIS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS.

IX – SERÁ DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA CONTRATANTE, A INICIATIVA PARA A INDICAÇÃO E CUSTEIO DOS SERVIÇOS DE PRESERVAÇÃO DA SAÚDE E DA INTEGRIDADE DOS TRABALHADORES, DEVENDO ESTAR CONDIZENTE COM O DISPOSTO NAS DEMAIS NR'S, EM ESPECIAL A NR-9: PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS – PPRA, NR-18 E NR-17: ERGONOMIA E PERÍCIAS MÉDICAS DO TRABALHO E OUTRAS PERÍCIAS.

CLÁUSULA SEXTA - O PRESENTE CONTRATO SERÁ PRORROGADO AUTOMATICAMENTE A PARTIR DO SEU VENCIMENTO, SENDO CORRIGIDO MONETARIAMENTE, EM PERIODICIDADE ANUAL, A PARTIR DO 13º (DÉCIMO TERCEIRO) MÊS DE VIGÊNCIA DESTE CONTRATO, DE ACORDO COM A VARIAÇÃO DO ÍNDICE IGP-M, BEM COMO DE ACORDO COM O NÚMERO DE EMPREGADOS DA CONTRATANTE EXISTENTES À ÉPOCA DO REAJUSTE OU ENTÃO RESCINDIDO, A QUALQUER TEMPO, MEDIANTE PRÉVIO AVISO DE 60 (SESSENTA) DIAS.

I. SE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NÃO TIVER SIDO INICIADA, INCIDIRÁ MULTA COMPENSATÓRIA DE 30% (TRINTA POR CENTO), CALCULADA SOBRE O VALOR TOTAL DO CONTRATO COM O OBJETIVO DE

COBRIR OS CUSTOS OPERACIONAIS DA CONTRATADA, A QUAL TERÁ VENCIMENTO NA DATA DA RESCISÃO.
II. SE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS JÁ TIVER SIDO INICIADA, FICARÁ A CONTRATANTE OBRIGADA AO PAGAMENTO IMEDIATO DE TODAS AS PARCELAS PREVISTAS NO PRESENTE CONTRATO, BEM COMO DE TODA E QUALQUER DESPESA INCORRIDA COM O OBJETIVO DE COBRIR OS CUSTOS OPERACIONAIS DA CONTRATADA, A QUAL TERÁ VENCIMENTO NA DATA DA RESCISÃO,

CLÁUSULA SÉTIMA - O PRESENTE CONTRATO NÃO INCLUI OS SERVIÇOS DE MEDICINA ASSISTENCIAL: CONSULTAS MÉDICAS E ODONTOLÓGICAS, EXAMES COMPLEMENTARES, INTERNAÇÕES OU CIRURGIAS (MESMO EM CASO DE ACIDENTE DO TRABALHO).

CLÁUSULA OITAVA – A RESPONSABILIDADE DA CONTRATADA QUANTO À PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS OBJETO DO PRESENTE CONTRATO É LIMITADA AO VALOR DO PRESENTE CONTRATO E FICA ESTABELECIDO, DESDE JÁ, QUE A CONTRATADA NÃO SERÁ RESPONSÁVEL, EM HIPÓTESE ALGUMA, PELO PAGAMENTO DE QUAISQUER DANOS INDIRETOS, ESPECIAIS, INCIDENTAIS OU CONSEQÜENCIAIS, INCLUINDO, MAS NÃO SE LIMITANDO, AO PAGAMENTO DE MULTAS APLICADAS POR AGENTES DE FISCALIZAÇÃO.

CLÁUSULA NONA – O FORO DE ELEIÇÃO DO PRESENTE CONTRATO É O DA COMARCA DE BELO HORIZONTE. AS DÚVIDAS PORVENTURA ORIUNDAS DO PRESENTE INSTRUMENTO, PRIMEIRAMENTE SERÃO RESOLVIDAS PELAS PARTES CONTRATANTES E, PERSISTINDO, PELA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL À ESPÉCIE.

ESTANDO ASSIM JUSTOS E CONTRATADOS, ASSINAM O PRESENTE EM 02 (DUAS) VIAS DE IGUAL TEOR E FORMA, NA PRESENÇA DAS TESTEMUNHAS AO FINAL ASSINADAS, QUE A TUDO ASSISTIRAM E ACHARAM CONFORME, À LUZ DO NEGÓCIO PERFEITO E ACABADO.

CONTAGEM, 01 DE MARÇO DE 2014.

CASA DE APOIO À CRIANÇA CARENTE DE CONTAGEM

CESTCON – CENTRO ESPECIALIZADO EM SAÚDE DO TRABALHADOR DE CONTAGEM LTDA.

TESTEMUNHA

Michelle Matoso da Fonseca
CPF: 088.950.036-32
RG: MG 14-569.329

TESTEMUNHA