



6018.2022/0025832-3

**TERMO DE AJUSTE DE CONTRAPARTIDA 01/2022-SMS. G**

**TERMO DE AJUSTE DE CONTRAPARTIDA QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO POR MEIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E O IMPAR SERVICOS HOSPITALARES S/A (HOSPITAL SANTA PAULA).**

O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, por meio de sua **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE**, com sede na Rua General Jardim, nº 36, inscrita no CNPJ sob o nº 13.864.377/0001-30, neste ato representado por seu Secretário **LUIZ CARLOS ZAMARCO** doravante designada **SECRETARIA** e o **IMPAR SERVICOS HOSPITALARES S/A (HOSPITAL SANTA PAULA)** CNPJ nº 60.884.855/0001-54, com sede na Avenida Santo Amaro, nº2468, bairro Vila Olimpia – São Paulo/SP - CEP: 04556-100, neste ato representada por seus diretores **ARTUR DE BARROS AVANCINE**, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade RG: 34434122-SSP/SP inscrito no CPF/MF sob o nº 333.293.528-33, e **EMERSON LEANDRO GASPARETTO**, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade RG: 5.399.895-0-SSP/SP inscrito no CPF/MF sob o nº 861.084.099-91, doravante denominada simplesmente **PARCEIRA**, e tendo em vista os fundamentos legais que regem o Sistema Único de Saúde – SUS e a Lei Federal 13019/14 resolvem celebrar resolvem firmar o presente **TERMO DE AJUSTE DE CONTRAPARTIDA**, consoante Despacho Autorizatório, publicado no DOC de , 11 de agosto de 2022 pág. 117, que será regido pelas cláusulas e condições que seguem:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O presente **TERMO DE AJUSTE DE CONTRAPARTIDA** tem por objeto formalizar a contrapartida a ser desenvolvida pela **PARCEIRA** pela Permissão de Uso, a título precário e oneroso, do espaço aéreo da Rua Alvorada, disposto pelo Decreto nº 61.228 de 07 de abril de 2022.

Conforme o disposto no §1 do Artigo 3º, além da retribuição mensal prevista no caput do artigo o permissionário **deverá prestar como contrapartida, sem ônus para o Município, a realização de 6 (Seis) cintilografias por mês.**

As vagas para a realização desses exames serão disponibilizadas conforme o Plano de Trabalho parte integrante do presente **AJUSTE**

DS  
DE

DS  
LCSV

DS  
ADBA

DS  
ELG

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO ATENDIMENTO**

As vagas serão submetidas ao controle de acesso, por meio do Complexo Regulador Municipal.

**IMPAR SERVICOS HOSPITALARES FILIAL SANTA PAULA**  
**CNES 0255661. AVENIDA SANTO AMARO, 2468, Bairro: BROOKLIN PAULISTA, CEP: 04556-901**  
**PROGRAMAÇÃO PREVISTA MENSAL (06 CINTILOGRAFIAS)**  
**SEM GERAÇÃO DE CRÉDITO**

Código	Procedimento Tabela SUS	Complexidade	Previsão Mês
02.08.09.001-0	CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	AC	1
02.08.05.003-5	CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	AC	1
02.08.03.002-6	CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	AC	1
02.08.03.003-4	CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO	AC	1
02.08.01.003-3	CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MINIMO 3 PROJECoes)	AC	1
02.08.05.001-9	CINTILOGRAFIA DE ARTICULACOES E/OU EXTREMIDADES E/OU OSSO	AC	1
02.08.04.005-6	CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	AC	1
02.08.08.004-0	LINFOCINTILOGRAFIA	AC	1

**Parágrafo único** – O Plano de Trabalho poderá ser ajustado, conforme as necessidades, de comum acordo entre as partes, devendo para tanto ser celebrado TERMO ADITIVO.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA PARCEIRA**

- Executar as ações necessárias à consecução do objeto deste **AJUSTE** em conformidade com as políticas, objetivos e diretrizes técnicas fixadas pela **SECRETARIA** e/ou diretrizes estabelecidas na literatura científica atualizada, dentro da estrutura da **PARCEIRA**, seguindo a legislação do Sistema Único de Saúde – SUS.
- Disponer o espaço físico necessário à execução do objeto deste **AJUSTE**.
- Disponer os recursos materiais e humanos necessários à execução do objeto deste **AJUSTE**.
- Seguir a política de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, observando suas normas, fluxos e protocolos pré-definidos e dispor a agenda de procedimentos,

DS  
DEDS  
LWSVDS  
ADBADS  
ELG





conforme descrito no **PLANO DE TRABALHO**, em vagas da Agenda Regulada do SIGA-SAÚDE (Sistema Integrado de Gestão de Assistência à Saúde), de AJUSTE com os dispositivos da Portaria Nº 341/2020-SMS. G, de 10 de setembro de 2020.

- Encaminhar mensalmente, à Divisão de Avaliação e Qualificação da Assistência Complementar da Coordenadoria de Avaliação e Controle da Assistência Complementar, as informações referentes aos procedimentos **efetivamente realizados** de acordo com modelo constante no **(ANEXO 1)**, até o 5º dia útil do mês subsequente ao atendimento, devidamente assinado pelo responsável legal.
- Os procedimentos constantes neste relatório deverão também ser apresentados, mensalmente, através do registro no SIA, por meio da APAC, devendo o processamento inserir o código para não geração de crédito.
- Participar com os profissionais da **SECRETARIA** de reuniões de avaliação das atividades desenvolvidas.
- Comunicar de imediato a **SECRETARIA** a ocorrência de qualquer fato relevante para a execução do presente **AJUSTE**.
- Conservar arquivo de documentação referente a este **AJUSTE**, deixando-o à disposição da **SECRETARIA**.
- Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES.
- Garantir a confidencialidade de dados e informações sobre pacientes.
- Atender os pacientes com dignidade, de modo universal e igualitário, mantendo qualidade na prestação de serviços, ações de acolhimento e humanização do cuidado.
- Facilitar a **SECRETARIA** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestar todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados, inclusive eventual fornecimento de dados médicos de pacientes assistidos pela **PARCEIRA** especialmente, para o exercício regular de direitos em processo judicial quando a **SECRETARIA** figura como ré (**Fundamento legal: Inciso VI, Art. 7º, LEI Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018 - LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS - LGPD**).
- Justificar aos pacientes, ou aos seus representantes legais, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste AJUSTE.
- Esclarecer aos pacientes, ou a seus representantes legais, sobre os seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.
- Respeitar a decisão do paciente, ou de seu representante legal, de consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo em casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

DS  
DE

DS  
WCV

DS  
ADBA

DS  
ELG



- Disponibilizar, para fins de acompanhamento da execução dos serviços, avaliação e/ou auditoria, à equipe técnica da **SECRETARIA** o acesso às dependências onde o serviço é prestado e à documentação dos pacientes.
- Apresentar além dos documentos e dos relatórios das atividades já referidos, outros, sempre que solicitados pela **SECRETARIA**.
- Responsabilizar-se tecnicamente pela atuação dos alunos nas ações aqui pactuadas e pelo atendimento ao paciente.
- Prestar primeiro socorro ao paciente e se necessário encaminhá-lo para atendimento de urgência/emergência.

#### **CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DA SECRETARIA**

- I. Realizar o acompanhamento administrativo do presente **AJUSTE** e encaminhar as alterações que se fizerem necessárias.
- II. Orientar a **PARCEIRA** na programação da agenda dos Sistemas de Informação do Município e disponibilizá-la para agendamento e registro de procedimentos;
- III. Comunicar, de imediato, por escrito, a ocorrência de qualquer fato relevante para a execução do presente termo.
- IV. Disponibilizar para a **PARCEIRA** os Sistemas de Informação para informação da produção.
- V. Indicar o fluxo, a referência e o acesso aos procedimentos, conforme protocolos de encaminhamento.
- VI. Acompanhar, supervisionar, orientar e fiscalizar as ações relativas à execução deste **AJUSTE** no âmbito local.
- VII. Receber os casos que necessitem de procedimento resolutivo não executado pela **PARCEIRA**.
- VIII. Participar das reuniões de monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas sempre que solicitadas
- IX. A validação da prestação de contas será ratificada pela área competente da **Coordenadoria de Regulação do SUS/Coordenação de Procedimentos Eletivos**.

#### **CLÁUSULA QUINTA – DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA EXECUÇÃO DO OBJETO**

Os profissionais envolvidos na consecução do objeto deste **AJUSTE** manterão seus vínculos pré-existentes com a **PARCEIRA**, sem que haja qualquer previsão de remuneração por parte da **SECRETARIA**.

§ 1º. A **SECRETARIA** não reembolsará a **PARCEIRA** por eventuais custos de ampliação de sua equipe técnica, em função da execução do presente **AJUSTE**.

DS  
DE

DS  
WSV

DS  
ADBA

DS  
ELG





§ 2º. É de responsabilidade exclusiva e integral da **PARCEIRA**, no que tange a seus profissionais, os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a **SECRETARIA** ou para as Unidades de Saúde da PMSP, não implicando ainda em qualquer vínculo empregatício, nem exclusividade de colaboração entre **SECRETARIA** e a **PARCEIRA**.

§ 3º. É de responsabilidade exclusiva e integral da **PARCEIRA**, no que tange a atuação dos alunos/estagiários, inclusive quanto a obrigações legais, que em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para **SECRETARIA** ou para as Unidades de Saúde da PMSP.

#### **CLÁUSULA SEXTA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA PARCEIRA**

A **PARCEIRA** será responsável pela indenização de danos causados a pacientes, aos órgãos da **SECRETARIA** e a terceiros, decorrentes de ação ou omissão voluntária; de negligência, imperícia ou imprudência, praticada por seus empregados, profissionais, prepostos, preceptores, alunos, estagiários e supervisores, ficando-lhe assegurado o direito de defesa.

Parágrafo primeiro: A fiscalização e o acompanhamento da execução deste **AJUSTE** por órgãos de **SECRETARIA** não excluem nem reduzem a responsabilidade da **PARCEIRA**.

Parágrafo segundo: A responsabilidade de que trata esta cláusula estende-se a casos de danos decorrentes de falhas relativas à prestação dos serviços, nos estritos termos do art. 14 da Lei Federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

#### **CLÁUSULA SÉTIMA - DOS RECURSOS FINANCEIROS**

A **PARCEIRA** deverá arcar diretamente com o custo do desenvolvimento das atividades com as quais se compromete por meio deste termo, não haverá ônus financeiro para a **SECRETARIA** em função do desenvolvimento das atividades objeto deste termo.

#### **CLÁUSULA OITAVA - DA VIGÊNCIA E DA EXTINÇÃO**

O presente **AJUSTE** perdurará pelo prazo de Permissão de Uso de espaço aéreo regulamentado pelo Decreto nº 61.228 de 7 de abril de 2022.

#### **CLÁUSULA NONA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Restam acordadas entre as partes as seguintes disposições:

- I. O presente **AJUSTE** encontra-se com fundamento legal na Lei nº 8666/93 e Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, ficando eleito o foro de São Paulo para dirimir as dúvidas decorrentes deste ajuste;

DS  
DE

DS  
WASV

DS  
DE

DS  
ELG



**CIDADE DE  
SÃO PAULO  
SAÚDE**

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**



II. Alterações no presente **AJUSTE** são possíveis mediante pactuação entre as partes;

III. Extrato do presente termo será publicado no Diário Oficial do Município no prazo máximo de 20 dias, contados da data de sua assinatura.

E, por estarem assim, justas e acordadas, firmam as partes o presente **AJUSTE** em uma (01) via de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito, na presença das testemunhas abaixo qualificadas.

São Paulo, 30 de Outubro de 2022.



.....  
**LUIZ CARLOS ZAMARCO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

DocuSigned by:

*Artur de Barros Avancine*

1782B4E1DC7B4C0...

**ARTUR DE BARROS AVANCINE**  
**Impar Serviços Hospitalares S/A**  
**(Hospital Santa Paula).**

DocuSigned by:

*Emerson Leandro Gasparetto*

B97DCF5A6CFD430...

**EMERSON LEANDRO GASPARETTO**  
**Impar Serviços Hospitalares S/A**  
**(Hospital Santa Paula).**

**TESTEMUNHAS:**

DocuSigned by:

*Maria Diana Evangelista*

5662748CEE434C5...

DocuSigned by:

*Layane Oliveira Soares Viana*

E74EC19600204E5

*Conferme Desp. (068437812)*  
*Per*  
Márcia Souza Dantas,  
RF: 634.697.9  
AGPP





**Certificado de Conclusão**

Identificação de envelope: 26761AF475444A999E4A9048F5757036

Status: Concluído

Assunto: PREFEITURA DE SÃO PAULO X HOSPITAL SANTA PAULA - TERMO DE AJUSTE DE CONTRAPARTIDA

Hospital: Hospital Santa Paula

Envelope fonte:

Documentar páginas: 7

Assinaturas: 6

Certificar páginas: 6

Rubrica: 22

Assinatura guiada: Ativado

Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

Remetente do envelope:

Leiliane Oliveira

Endereço: AV JURUA, 434

Barueri, 06.455-010

juridico@hobra.com.br

Endereço IP: 177.184.20.132

**Rastreamento de registros**

Status: Original

26/09/2022 12:24:35

Portador: Leiliane Oliveira

juridico@hobra.com.br

Local: DocuSign

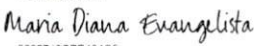
**Eventos do signatário**

Maria Diana Evangelista

diana.financeiro@santapaula.com.br

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

**Assinatura**

DocuSigned by:  
  
 5662748CEE434C5

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 201.55.102.217

**Registro de hora e data**

Enviado: 26/09/2022 12:35:50

Visualizado: 26/09/2022 12:58:13

Assinado: 26/09/2022 12:59:46

**Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:**

Aceito: 26/09/2022 12:58:13

ID: 0e63d12f-6259-47a1-81d5-35be22fd1cf5

Layane Oliveira Soares Viana

layane.viana@santapaula.com.br

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

DocuSigned by:  
  
 E74EC19600204E5

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 201.55.102.217

Enviado: 26/09/2022 12:59:50

Reenviado: 28/09/2022 16:14:36

Visualizado: 28/09/2022 16:45:40

Assinado: 28/09/2022 16:46:33

**Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:**

Não disponível através da DocuSign

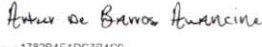
Artur de Barros Avancine

artur.avancine@redeimpar.com.br

diretor

DIAGNÓSTICOS DA AMÉRICA S.A.

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

DocuSigned by:  
  
 1782B4E1DC7B4C0

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 179.110.43.16

Enviado: 28/09/2022 16:46:37

Visualizado: 03/10/2022 14:21:13

Assinado: 03/10/2022 14:21:23

**Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:**

Aceito: 08/09/2020 11:54:36

ID: e9e12e86-a0c2-4abb-a2b4-85ce27438b49

Emerson Leandro Gasparetto

egasparetto@dasa.com.br

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

DocuSigned by:  
  
 B97DCF5A6CFD430

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 189.33.23.16

Enviado: 03/10/2022 14:21:27

Visualizado: 03/10/2022 15:24:49

Assinado: 03/10/2022 15:25:03

**Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:**

Aceito: 04/05/2022 09:52:14

ID: 29e6d60c-12fb-4834-8d25-0b1a9c54d9e8



<b>Eventos do signatário presencial</b>	<b>Assinatura</b>	<b>Registro de hora e data</b>
<b>Eventos de entrega do editor</b>	<b>Status</b>	<b>Registro de hora e data</b>
<b>Evento de entrega do agente</b>	<b>Status</b>	<b>Registro de hora e data</b>
<b>Eventos de entrega intermediários</b>	<b>Status</b>	<b>Registro de hora e data</b>
<b>Eventos de entrega certificados</b>	<b>Status</b>	<b>Registro de hora e data</b>
<b>Eventos de cópia</b>	<b>Status</b>	<b>Registro de hora e data</b>
Leiliane Oliveira juridico@hobra.com.br DIAGNÓSTICOS DA AMÉRICA S.A. Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)	<b>Copiado</b>	Enviado: 03/10/2022 15:25:09 Reenviado: 03/10/2022 15:25:15
<b>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:</b> Não disponível através da DocuSign		
<b>Eventos com testemunhas</b>	<b>Assinatura</b>	<b>Registro de hora e data</b>
<b>Eventos do tabelião</b>	<b>Assinatura</b>	<b>Registro de hora e data</b>
<b>Eventos de resumo do envelope</b>	<b>Status</b>	<b>Carimbo de data/hora</b>
Envelope enviado	Com hash/criptografado	26/09/2022 12:35:50
Entrega certificada	Segurança verificada	03/10/2022 15:24:49
Assinatura concluída	Segurança verificada	03/10/2022 15:25:03
Concluído	Segurança verificada	03/10/2022 15:25:09
<b>Eventos de pagamento</b>	<b>Status</b>	<b>Carimbo de data/hora</b>
<b>Termos de Assinatura e Registro Eletrônico</b>		

## **CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTROS ELETRÔNICOS E DIVULGAÇÕES DE ASSINATURA**

### **Registro Eletrônicos e Divulgação de Assinatura**

Periodicamente, a DASA poderá estar legalmente obrigada a fornecer a você determinados avisos ou divulgações por escrito. Estão descritos abaixo os termos e condições para fornecer-lhe tais avisos e divulgações eletronicamente através do sistema de assinatura eletrônica da DocuSign, Inc. (DocuSign). Por favor, leia cuidadosa e minuciosamente as informações abaixo, e se você puder acessar essas informações eletronicamente de forma satisfatória e concordar com estes termos e condições, por favor, confirme seu aceite clicando sobre o botão "Eu concordo" na parte inferior deste documento.

### **Obtenção de cópias impressas**

A qualquer momento, você poderá solicitar de nós uma cópia impressa de qualquer registro fornecido ou disponibilizado eletronicamente por nós a você. Você poderá baixar e imprimir os documentos que lhe enviamos por meio do sistema DocuSign durante e imediatamente após a sessão de assinatura, e se você optar por criar uma conta de usuário DocuSign, você poderá acessá-los por um período de tempo limitado (geralmente 30 dias) após a data do primeiro envio a você. Após esse período, se desejar que enviemos cópias impressas de quaisquer desses documentos do nosso escritório para você, cobraremos de você uma taxa de R\$ 0.00 por página. Você pode solicitar a entrega de tais cópias impressas por nós seguindo o procedimento descrito abaixo.

### **Revogação de seu consentimento**

Se você decidir receber de nós avisos e divulgações eletronicamente, você poderá, a qualquer momento, mudar de ideia e nos informar, posteriormente, que você deseja receber avisos e divulgações apenas em formato impresso. A forma pela qual você deve nos informar da sua decisão de receber futuros avisos e divulgações em formato impresso e revogar seu consentimento para receber avisos e divulgações está descrita abaixo.

### **Consequências da revogação de consentimento**

Se você optar por receber os avisos e divulgações requeridos apenas em formato impresso, isto retardará a velocidade na qual conseguimos completar certos passos em transações que te envolvam e a entrega de serviços a você, pois precisaremos, primeiro, enviar os avisos e divulgações requeridos em formato impresso, e então esperar até recebermos de volta a confirmação de que você recebeu tais avisos e divulgações impressos. Para indicar a nós que você mudou de ideia, você deverá revogar o seu consentimento através do preenchimento do formulário "Revogação de Consentimento" da DocuSign na página de assinatura de um envelope DocuSign, ao invés de assiná-lo. Isto indicará que você revogou seu consentimento para receber avisos e divulgações eletronicamente e você não poderá mais usar o sistema DocuSign para receber de nós, eletronicamente, as notificações e consentimentos necessários ou para assinar eletronicamente documentos enviados por nós.

## **Todos os avisos e divulgações serão enviados a você eletronicamente**

A menos que você nos informe o contrário, de acordo com os procedimentos aqui descritos, forneceremos eletronicamente a você, através da sua conta de usuário da DocuSign, todos os avisos, divulgações, autorizações, confirmações e outros documentos necessários que devam ser fornecidos ou disponibilizados a você durante o nosso relacionamento. Para mitigar o risco de você inadvertidamente deixar de receber qualquer aviso ou divulgação, nós preferimos fornecer todos os avisos e divulgações pelo mesmo método e para o mesmo endereço que você nos forneceu. Assim, você poderá receber todas as divulgações e avisos eletronicamente ou em formato impresso, através do correio. Se você não concorda com este processo, informe-nos conforme descrito abaixo. Por favor, veja também o parágrafo imediatamente acima, que descreve as consequências da sua escolha de não receber de nós os avisos e divulgações eletronicamente.

### **Como contatar a DIAGNÓSTICOS DA AMÉRICA S.A.:**

Você pode nos contatar para informar sobre suas mudanças de como podemos contatá-lo eletronicamente, solicitar cópias impressas de determinadas informações e revogar seu consentimento prévio para receber avisos e divulgações em formato eletrônico, conforme abaixo:

Para nos contatar por e-mail, envie mensagens para:

#### **Para informar seu novo endereço de e-mail a DIAGNÓSTICOS DA AMÉRICA S.A.:**

Para nos informar sobre uma mudança em seu endereço de e-mail, para o qual nós devemos enviar eletronicamente avisos e divulgações, você deverá nos enviar uma mensagem por e-mail para o endereço e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail anterior, seu novo endereço de e-mail. Nós não solicitamos quaisquer outras informações para mudar seu endereço de e-mail.

Adicionalmente, você deverá notificar a DocuSign, Inc para providenciar que o seu novo endereço de e-mail seja refletido em sua conta DocuSign, seguindo o processo para mudança de e-mail no sistema DocuSign.

#### **Para solicitar cópias impressas a DIAGNÓSTICOS DA AMÉRICA S.A.:**

Para solicitar a entrega de cópias impressas de avisos e divulgações previamente fornecidos por nós eletronicamente, você deverá enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem: seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós cobraremos de você o valor referente às cópias neste momento, se for o caso.

#### **Para revogar o seu consentimento perante a DIAGNÓSTICOS DA AMÉRICA S.A.:**

Para nos informar que não deseja mais receber futuros avisos e divulgações em formato eletrônico, você poderá:



(i) recusar-se a assinar um documento da sua sessão DocuSign, e na página seguinte, assinalar o item indicando a sua intenção de revogar seu consentimento; ou

(ii) enviar uma mensagem de e-mail para e informar, no corpo da mensagem, seu endereço de e-mail, nome completo, endereço postal no Brasil e número de telefone. Nós não precisamos de quaisquer outras informações de você para revogar seu consentimento. Como consequência da revogação de seu consentimento para documentos online, as transações levarão um tempo maior para serem processadas.

**Hardware e software necessários\*\*:**

(i) Sistemas Operacionais: Windows® 2000, Windows® XP, Windows Vista®; Mac OS®

(ii) Navegadores: Versões finais do Internet Explorer® 6.0 ou superior (Windows apenas); Mozilla Firefox 2.0 ou superior (Windows e Mac); Safari™ 3.0 ou superior (Mac apenas)

(iii) Leitores de PDF: Acrobat® ou software similar pode ser exigido para visualizar e imprimir arquivos em PDF.

(iv) Resolução de Tela: Mínimo 800 x 600

(v) Ajustes de Segurança habilitados: Permitir cookies por sessão

\*\* Estes requisitos mínimos estão sujeitos a alterações. No caso de alteração, será solicitado que você aceite novamente a divulgação. Versões experimentais (por ex.: beta) de sistemas operacionais e navegadores não são suportadas.

**Confirmação de seu acesso e consentimento para recebimento de materiais eletronicamente:**

Para confirmar que você pode acessar essa informação eletronicamente, a qual será similar a outros avisos e divulgações eletrônicos que enviaremos futuramente a você, por favor, verifique se foi possível ler esta divulgação eletrônica e que também foi possível imprimir ou salvar eletronicamente esta página para futura referência e acesso; ou que foi possível enviar a presente divulgação e consentimento, via e-mail, para um endereço através do qual seja possível que você o imprima ou salve para futura referência e acesso. Além disso, caso concorde em receber avisos e divulgações exclusivamente em formato eletrônico nos termos e condições descritos acima, por favor, informe-nos clicando sobre o botão “Eu concordo” abaixo.

Ao selecionar o campo “Eu concordo”, eu confirmo que:

(i) Eu posso acessar e ler este documento eletrônico, denominado CONSENTIMENTO PARA RECEBIMENTO ELETRÔNICO DE REGISTRO ELETRÔNICO E DIVULGAÇÃO DE ASSINATURA; e

(ii) Eu posso imprimir ou salvar ou enviar por e-mail esta divulgação para onde posso imprimi-la para futura referência e acesso; e (iii) Até ou a menos que eu notifique a DIAGNÓSTICOS DA AMÉRICA S.A. conforme descrito acima, eu consinto em receber exclusivamente em formato eletrônico, todos os avisos, divulgações, autorizações, aceites e outros documentos que devam ser fornecidos ou disponibilizados para mim por DIAGNÓSTICOS DA AMÉRICA S.A. durante o curso do meu relacionamento com você.