CREDENCIAMENTO DE SERVIÇOS MÉDICOS E/OU ESPECIALIZADOS Nº 031/2025

DESCRIÇÃO DO PERFIL A SER SELECIONADO	
Cargo	**MÉDICO ESPECIALISTA PARA ATUAÇÃO NO AMBULATÓRIO DA DOR**
Local de trabalho	Hospital Florianópolis
Horário de trabalho	Conforme demanda
Principais funções	✓ atendimentos ambulatoriais, avaliação diagnóstica, acompanhamento terapêutico e participação em discussões clínicas multiprofissionais, com enfoque em manejo interdisciplinar da dor crônica.
Valor	✓ R$ 200,00 /hora de prestação de serviços.
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA	✓ A empresa médica deverá apresentar: ✓ Contrato social ou estatuto atualizado; ✓ CNPJ ativo e regular; ✓ Inscrição municipal e estadual (se aplicável); ✓ Documentos do(s) sócio(s) com CRM e documentos pessoais; ✓ Prova de habilitação técnica (títulos, diplomas, currículos); ✓ Declaração de capacidade técnica e interesse; ✓ Comprovante de conta bancária da PJ; ✓ Prova de regularidade fiscal (FGTS, INSS, Receita Federal e Estadual/Municipal).
Requisitos necessários	✓ Formação em Medicina com CRM/SC ativo e regular; ✓ Pessoa Jurídica com CNPJ ativo, com CNAE compatível com a atividade médica; ✓ Especialização, residência médica ou título de área de atuação reconhecida em: Acupuntura, Anestesiologia, Neurologia, Clínica Médica, Medicina Física e Reabilitação, Neurocirurgia, Ortopedia, Reumatologia; ✓ Certidões negativas (tributárias, trabalhistas e criminais) atualizadas.
Diferenciais desejáveis	✓ Certificação em Medicina da Dor (SBED ou AMB); ✓ Experiência comprovada no atendimento de pacientes com dor crônica e/ou com bloqueios, procedimentos intervencionistas ou terapias integrativas;

	✓ Participação em equipe multiprofissional.
Processo seletivo	✓ Processo seletivo de Médico Especialista, para atuação no ambulatório da Dor no Hospital Florianópolis; ✓ O processo se dará em fluxo contínuo, mediante análise documental e entrevista técnica; ✓ A instituição reserva-se o direito de convocar os profissionais conforme a necessidade do serviço; ✓ O credenciamento não gera obrigação de contratação imediata. ✓ Os currículos recebidos ficarão armazenados por um período de seis meses no nosso banco de talentos para novas oportunidades. ✓ O currículo com foto e documentos deve ser enviado para o e-mail: *assessoriadt.hf@imas.net.br* . ✓ No título do e-mail deve constar o nome do cargo/vaga. ✓ O HF não se responsabiliza por problemas ocorridos durante o envio dos currículos.
Contratação	Contratação por PESSOA JURÍDICA – PJ.
CRONOGRAMA PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO	
Abertura do processo	01/08/2025
Prazo para envio do currículo	02/08/2025 a 05/08/2025
Entrevistas	06/08/2025 a 08/08/2025
Finalização do processo	15/08/2025

_____

Diogo Lima Costa
Diretor Técnico
Hospital Florianópolis

TERMO DE REFERÊNCIA

DO OBJETO

O presente instrumento tem como objeto **a CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MÉDICO ESPECIALISTA PARA ATUAÇÃO NO AMBULATÓRIO DA DOR**, que deverá ser executado em favor dos pacientes da Unidade **HOSPITAL FLORIANÓPOLIS**, compreendendo a extensão abaixo:

DESCRIÇÃO	• atendimentos ambulatoriais, avaliação diagnóstica, acompanhamento terapêutico e participação em discussões clínicas multiprofissionais, com enfoque em manejo interdisciplinar da dor crônica, conforme demanda.

Parágrafo Primeiro. O local da prestação dos serviços será na Unidade do **HOSPITAL FLORIANÓPOLIS**, situado na Rua Santa Rita de Cássia, nº 1665, Bairro Coloninha, na cidade de Florianópolis/SC, CEP 88.090-352.

Parágrafo Segundo. A fiscalização do objeto ora contratado será exercida pela Direção Técnica (Diretor Técnico) do Hospital Florianópolis que será responsável por acompanhar a execução do Contrato e deverá zelar, fiscalizar e atestar a qualidade dos serviços prestados.

1. DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

O **CONTRATANTE** se obriga em**:**

1.1 Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela CONTRATADA, de acordo com a descrição do objeto.

1.2 Exercer a avaliação dos padrões técnicos e de qualidade dos serviços prestados.

1.3 Prestar os esclarecimentos necessários para a execução dos serviços objeto do contrato, bem como fornecer as condições necessárias ao desempenho dos serviços contratados, de acordo com as possibilidades da Unidade.

1.4 Notificar a CONTRATADA por escrito da ocorrência de eventuais problemas no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção.

1.5 Divulgar as posturas e diretrizes da administração, bem como o regulamento interno da Unidade, a fim de que a CONTRATADA e seus prepostos tenham pleno conhecimento das normas internas do Instituto.

1.6 Realizar a conferência de todo o serviço prestado para emissão de nota fiscal, efetuar o pagamento das parcelas mensais nas datas acordadas, após o encaminhamento dos documentos de cobrança, por parte da CONTRATADA.

1.7 Designar uma pessoa categorizada para supervisionar e acompanhar o desenvolvimento dos serviços, servindo de elo entre as partes.

1.8 Manter em arquivo físico e digitalizado todas as informações relativas ao pagamento das Notas Fiscais emitidas pela CONTRATADA, bem como as escalas médicas e procedimentos realizados e, cumprir fielmente todas as obrigações assumidas neste contrato, as legislações e exigências sanitárias.

1.9 Exercer a avaliação dos padrões técnicos e de qualidade dos serviços prestados.

1.10 Prestar os esclarecimentos necessários para a execução dos serviços objeto do contrato, bem como fornecer as condições necessárias ao desempenho dos serviços contratados, de acordo com as possibilidades da Unidade.

1.11 Notificar a CONTRATADA por escrito da ocorrência de eventuais problemas no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção.

1.12 Divulgar as posturas e diretrizes da administração, bem como o regulamento interno da Unidade, a fim de que a CONTRATADA e seus prepostos tenham pleno conhecimento das normas internas do Instituto.

2. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

A CONTRATADA se obriga em**:**

2.1 Executar os serviços dentro da boa técnica, fazendo cumprir todos os objetivos elencados nesse contrato de prestação de serviço, que compreende aos quantitativos e parâmetros dos serviços contratados.

2.2 Manter os profissionais nos horários pré-determinados pela Direção da Unidade CONTRATANTE, inclusive respeitando o Regimento Interno e demais normas da Instituição.

2.3 Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto desde contrato e, também, arcar com todas as despesas e responsabilidades, referente à má utilização de equipamentos e materiais de propriedade da Unidade Contratante ou do Instituto Maria Schmitt.

2.4 Arcar, exclusivamente, com todos os ônus e obrigações concernentes à legislação fiscal, social, trabalhista e tributária, com relação à execução do objeto deste contrato.

2.5 Seguir as melhores normas aprovadas/recomendas, em especial quanto às normas do Conselho de Medicina (Federal e Regional), Ministério do Trabalho e Previdência Social e demais afins.

2.6 Caso solicitado pela CONTRATANTE, apresentar, no prazo máximo de 07 (sete)dias úteis, os comprovantes de regularidade da empresa com o INSS e FGTS, bem assim com os órgãos do Ministério da Saúde, sob pena de suspensão dos serviços contratados, sem prejuízo nas penas contratuais e rescisórias, por justa causa.

2.7 Responsabilizar-se por recolhimentos indevidos ou pela omissão total ou parcial nos recolhimentos de tributos, que incidam ou venham a incidir sobre os serviços contratados.

2.8 Comunicar por escrito a CONTRATANTE, toda e qualquer anormalidade relacionada com os serviços, no prazo de 24 (vinte quatro) horas, contados da ocorrência dos fatos.

2.9 Responsabilizar-se pelos pagamentos referentes aos serviços objeto deste contrato executados pelos profissionais médicos pertencentes ao quadro de profissionais da CONTRATADA, quando empregado desta, ressalvado quando os próprios sócios da CONTRATADA são exclusivamente quem prestam os serviços ocasião em que os valores são da própria CONTRATADA.

2.10 Operar como uma organização completa e independente, fornecendo serviços de boa aplicação e dentro da melhor técnica, da ética médica e de enfermagem.

2.11 Cumprir, durante a execução dos serviços contratados, todas as leis e posturas Federais, Estaduais e Municipais, pertinentes e vigentes, sendo a única responsável por prejuízos decorrentes a que houver dado causa.

2.12 Manter durante a vigência contratual, todas as condições de qualificação técnica exigidas na fase de contratação, em compatibilidade com as obrigações assumidas e variáveis de fatores futuros e incertos.

2.13 Responsabilizar-se pelas eventuais falhas na condução dos serviços, especialmente, no que se refere às falhas ou prática de éticas indevidas pelos profissionais, respondendo por si, seus empregados e preposto.

2.14 Responsabilizar-se pelas despesas decorrentes de vale alimentação, vale transporte, uniforme e adicional noturno, encargos trabalhistas e sociais de seus empregados e prepostos.

2.15 Apresentar à CONTRATANTE, quando do início das atividades e, sempre que houver alocação de novo profissional na execução do contrato, os documentos para registro do médico na respectiva Unidade.

2.16 Substituir imediatamente profissionais no caso de ausências, tais como, faltas, atrasos e férias, devendo identificar previamente o respectivo substituto ao Diretor Técnico ou Diretor Geral da Unidade.

2.17 Não transferir a terceiros, por qualquer forma, nem mesmo parcialmente, as obrigações assumidas, nem subcontratar qualquer prestação a que está obrigada.

2.18 Elaborar protocolos de atendimento e tratamento propostos inerente às patologias de cada especialidade objeto deste contrato, a ser entregues e aprovadas pela Direção Geral da Unidade, e frente a negativa do Contratante em adotar tais práticas propostas, esta deverá assumir a responsabilidade de eventuais desfechos não favoráveis.

2.19 Indicar representantes para participação das Comissões Internas da Unidade.

2.20 Havendo convênio entre a Unidade Hospitalar e Instituições de Ensino, relativos a estágios e/ou programas universitários, mediante acordo entre as partes, responsabilizar-se-á a CONTRATADA pela atividade/supervisão do acadêmico residente na sua área de especialização, sem qualquer ônus adicional à CONTRATANTE.

2.21 Cumprir os prazos e horários determinados para prescrições, chamadas, visitas e outras normativas estabelecidas pela Administração, acordados entre as partes.

2.22 Primar pelo bom atendimento aos pacientes/familiares/visitantes, garantindo um serviço humanizado, seguro e de alta qualidade.

2.23 Conjuntamente com a administração da Unidade prestar os serviços de modo a garantir o máximo desempenho institucional, assegurando um atendimento universal, equânime e integral pela gestão humanizada e cidadã.

2.24 Cumprir fielmente os requisitos ora estipulados, bem como todos aqueles relacionados à assistência humanizada e qualificada, sob pena da imposição de notificação, multa, supressão de valores do contrato e outras penalidades legalmente realizáveis.

2.25 Manter em arquivo físico e digitalizado todas as informações relativas ao pagamento das Notas Fiscais emitidas, bem como as escalas médicas e procedimentos realizados, por prazo mínimo de 05 (cinco) anos.

2.26 Seguir e respeitar o protocolo de classificação de Risco utilizado na Unidade, utilizando-se do direito de reclassificar, **no Sistema**, o paciente quando achar pertinente.

2.27 Não receber representantes comerciais, vendedores de equipamentos médicos/laboratórios farmacêuticos ou similares nas dependências da Unidade.

2.28 Cumprir a NR 32 que fica terminantemente proibido o uso de adornos (brincos, pulseiras, anéis, relógios, brincos, broches, piercings e afins), nas áreas assistenciais médicas, definidas pela diretoria técnica do nosocômio. O descumprimento configurará em multa de 1% sob o contrato, a Contratante pode optar por apenas comunicar via correio eletrônico indicado no preâmbulo o descumprimento e possui discricionariedade para optar pela rescisão direta do contrato, conforme 2.21 sem a incidência de qualquer multa, cabendo o pagamento apenas das horas de serviços efetivamente prestadas.

2.29 Fazer parte de outra escala médica em caráter emergencial, através dos médicos prestadores de serviço do presente objeto.

2.30 Afastar ou substituir qualquer empregado e/ou profissional médico que, comprovadamente, cause embaraço à boa execução dos serviços.

2.31 Zelar pelo patrimônio público e da CONTRATANTE.

2.32 Encaminhar mensalmente a escala de profissional médico à Direção Técnica do Hospital Florianópolis até 05 (cinco) dias úteis antes do início das atividades, devendo conter em anexo

lista com os nomes completos dos médicos, CRM, RQE, e-mail e número de telefone para contato, conforme padronizado pela atual Direção Técnica.

2.33 Caberá a CONTRATADA fornecer aos profissionais médicos uniformes compatíveis com o setor de atuação, devendo os mesmos utilizar o uniforme nas dependências do Hospital Florianópolis.

2.34 É vedada a prestação de serviços médicos de profissionais que não sejam sócios direto ou celetistas da CONTRATADA, sob pena de aplicação de multa e demais penalidades.

3. DO VALOR, DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

3.1 Os serviços objeto deste contrato terão o seguinte preço estipulado:

PRODUÇÃO	Valor R$	VALOR POR EXTENSO
MÉDICO ESPECIALISTA PARA ATUAÇÃO NO AMBULATÓRIO DA DOR	R$ 200,00/hora	duzentos reais

Parágrafo Único. O total geral a ser pago irá variar frente à demanda da CONTRATANT.

4. DO PAGAMENTO

4.1 Os pagamentos serão mensais, subsequente ao mês de prestação dos serviços, devendo ser realizados no prazo de até 20 (vinte) dias úteis após a apresentação da Nota Fiscal pela CONTRATADA.

4.2 A Nota Fiscal emitida pela CONTRATADA deverá apresentar a descrição dos serviços prestados com menção do número do contrato, mês da realização do serviço, valor unitário e valor total a ser pago.

4.3 A Nota Fiscal emitida deverá ser encaminhada diretamente ao e-mail: assessoriadt.hf@imas.net.br (Assessoria da Direção Geral), mantendo sempre em cópia os e- mails: diretor tecnico.hf@imas.net.br (Diretor Técnico Médico).

4.4 gerenteadm.hf@imas.net.br (Gerente Administrativa e Contratos);direcao.hf@imas.net.br (Diretora Geral); todo primeiro dia útil do mês subsequente ao serviço prestado, juntamente com a ESCALA MÉDICA EXECUTADA por si assinada contendo as mudanças de profissionais escalados, nome completo dos médicos, nº do CRM e RQE, planilha com quantitativo de horas realizadas individualmente por médico,

e a indicação do nome da empresa CONTRATADA, bem como, com o relatório da prestação de serviço mensal, contendo o quantitativo realizados.

4.5 Será obrigatório, para pagamento dos serviços prestados e/ou fornecimentos, o envio junto à nota fiscal da Certidão de Regularidade de Inscrição da pessoa jurídica da CONTRATADA junto ao CRM/SC, bem como as CND's (Certidões Negativas de Débitos) da CONTRATADA emitidas pelos órgãos competentes, sendo elas: Certidões Negativas da Fazenda Municipal, Estadual, União e FGTS; Certidões Negativas conjuntas de débitos trabalhistas e INSS.

4.6 Não serão aceitas as Certidões Negativas de Débitos expedidas com data superior a 15 (quinze) dias à data de emissão da nota fiscal e/ou fatura para pagamento dos serviços prestados e/ou fornecimentos.

4.7 Após a entrega da ESCALA MÉDICA nas condições exigidas na cláusula7ª, a mesma será encaminhada para conferência da Direção Geral e Direção Técnica da Unidade, momento que receberá o ATESTE no tocante aos serviços prestados pela CONTRATADA.

4.8 Realizada a conferência das escalas médicas executadas e procedimentos realizados, o setor administrativo da Unidade receberá a Nota Fiscal, a qual recebida será encaminhada para pagamento com a assinatura do Diretor Geral e/ou Diretor Técnico da Unidade, obedecendo ao prazo estipulado na cláusula 5ª.

4.9 Nenhuma nota fiscal será paga sem a prévia conferência das escalas e dos procedimentos realizados e, nenhuma nota fiscal poderá ser paga sem que esteja assinada pelo Diretor Geral ou Diretor Técnico da Unidade hospitalar.

4.10 Somente poderão ser pagos os procedimentos e horas efetivamente executadas.

5. DA DOCUMENTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS

5.1 Para habilitação de seu quadro de pessoal e, ainda, como condição para assinatura e manutenção do contrato, a CONTRATADA deverá apresentar todos os documentos conforme listados no Anexo I e os documentos de cada profissional médico:

a) RG;
b) Prova de Inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);
c) Comprovante residencial;
d) Diploma Médico;
e) Prova de Regularidade de Inscrição no Conselho Regional de Medicina de Santa

Catarina (CRM/SC);

f) Prova de Regularidade Financeira no Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina (CRM/SC);

g) Registro de qualificação de especialista (RQE) emitido pelo CRM/SC, quando o objeto do contrato assim exigir;

h) Declaração de informação e documento que comprove o tipo de vínculo que o profissional médico possui com a CONTRATADA;

i) Comprovação de experiência, de pelo menos 12 (doze) meses;

j) Ficha Cadastral emitida pela Unidade do Hospital Florianópolis devidamente assinada pelo profissional médico;

*** TODO DOCUMENTO DEVE ESTAR DEVIDAMENTE ATUALIZADO ***

5.2 Todos os documentos relativos à QUALIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO deverão ser entregues da Unidade do Hospital Florianópolis com prazo de até 72 (setenta e duas) horas antes do início das atividades por ele a serem executadas.

5.3 **Não serão permitidas contratação de empresa que possuem outra empresa em seu quadro societário.**

6. DA NÃO EXISTÊNCIA DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO

6.1 Nenhuma relação de natureza civil ou trabalhista se estabelecerá entre a CONTRATANTE e os funcionários designados pela CONTRATADA, que participarão da execução do objeto contratual, correndo por conta exclusiva da CONTRATADA todos os encargos trabalhistas, sociais, previdenciários e acidentários, sem qualquer exceção, bem como os demais encargos que incidam direta ou indiretamente sobre os serviços, tais como impostos, taxas e contribuições parafiscais.

6.2 Todo e qualquer profissional médico está impedido de prestar serviço no Hospital Florianópolis, na vigência do contrato, sem que tenha o devido vínculo comprovado sendo contrato social integrando-o ao quadro societário ou que tenha contrato de trabalho CLT com a respectiva empresa CONTRATADA.

6.3 Poderá a CONTRATANTE solicitar a CONTRATADA a qualquer momento Contrato Social atualizado para comprovação dos profissionais médicos prestadores de serviços do objeto deste contrato, sendo que a CONTRATADA deverá atender à solicitação em até 10 (dez) dias, sob penalidade descrita na VIGÊNCIA, RESCISÃO, SUSPENSÃO OU INTERRUPÇÃO DO CONTRATO.

6.4 O CONTRATADO tem ciência que é exigido pelo Contrato de Gestão a comprovação de horas efetivamente trabalhadas para pagamento destas.

7. DA RESPONSABILIDADE CIVIL, CRIMINAL E ÉTICA

7.1 Os sócios/dirigentes/responsáveis legais e outros profissionais da CONTRATADA, que venham prestar serviços aos pacientes da CONTRATANTE, declaram estar devidamente credenciados e habilitados para o cumprimento do objeto deste contrato, inscritos no Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina – CRM/SC, bem como estar em exercício regular à pessoa jurídica da CONTRATADA, sem restrições de ordem ética ou impeditiva do exercício da atividade, sob pena de responder judicial e extrajudicialmente perante a CONTRATANTE e terceiros, porventura, prejudicados.

7.2 O responsável técnico da CONTRATADA responderá diretamente pelos atos praticados por seus profissionais, respondendo integralmente nas searas cível, penal e administrativa, seja judicial ou extrajudicial.

7.3 A CONTRATADA gozará de ampla liberdade profissional, desde que respeite integralmente a legislação aplicável aos serviços prestados, como as normas de Associações de Classe e Conselho Federal de Medicina, comprometendo-se, ainda, desenvolver suas atividades em ampla harmonia com os funcionários e prestadores de serviços da CONTRATANTE.

Florianópolis, 28 de julho de 2025.

ANEXO I

CHECKLIST DA DOCUMENTAÇÃO DA INTERESSADA	
DOCUMENTOS JURÍDICOS E INSTITUCIONAIS	☐ Contrato social e alterações ☐ Cartão CNPJ ☐ RG/CPF do representante legal ☐ ART ou RT (quando aplicável) ☐ Certidões negativas (municipal, estadual, federal, FGTS) ☐ Declaração sobre trabalho de menores conforme CF/88 ☐ Declaração de Confidencialidade ☐ Declaração de Inexistência de vínculo ☐ Declaração de dados bancários ☐ Declaração de autorização de desconto (quando aplicável) ☐ Certidão negativa de falência ou recuperação judicial ☐ CNDT (Justiça do Trabalho) ☐ Documentos de identificação dos profissionais prestadores (médicos)
DOCUMENTOS ESPECÍFICOS – MÉDICOS	☐ Certidão de regularidade no CRM/UF **(PJ e profissionais)** ☐ Diploma médico e CRM/UF ☐ RQE e especialidades ☐ Declaração do responsável técnico ☐ Declaração de inexistência de vínculo com a Administração Pública ☐ Declaração de que o médico faz parte do quadro societário

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS

Declaramos para os devidos fins, que a empresa xxx, inscrita no CNPJ sob o nº 000.000/0000-00, possui conta bancária de sua titularidade com os seguintes dados abaixo:

Banco: xxxx
Agência nº: 0000
Conta Corrente: 0000-0
Pix: 00000

Por ser a expressão da verdade e para que se produza os devidos efeitos legais, firmamos a presente.

Cidade/UF, data, mês e ano.

.....
(Nome completo)
(Representante legal da contratada)

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO PROFISSIONAL

Eu, [NOME DO REPRESENTANTE LEGAL], inscrito(a) no CPF sob o nº [XXX.XXX.XXX-XX], na qualidade de representante legal da empresa [RAZÃO SOCIAL], inscrita no CNPJ sob o nº [XX.XXX.XXX/0000-XX], com sede na [ENDEREÇO COMPLETO], **DECLARO**, para os devidos fins, que:

1. Comprometo-me, em nome da empresa representada e de seus profissionais envolvidos na execução dos serviços contratados, a **manter o mais absoluto sigilo** sobre todas as informações, documentos, prontuários, dados clínicos, operacionais, estratégicos, financeiros ou de qualquer natureza, a que tivermos acesso em razão do contrato firmado com o **Instituto Maria Schmitt (IMAS)**.

2. Reconheço que o descumprimento desse dever poderá ensejar **sanções contratuais, éticas, civis e criminais**, conforme a legislação vigente, incluindo a **Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018)** e o **Código de Ética Médica**, quando aplicável.

3. Esta obrigação de confidencialidade permanecerá válida **mesmo após o término do vínculo contratual** com o IMAS.

Por ser verdade, firmo a presente.

Cidade/UF, data, mês e ano.

_____

(Nome e assinatura do Declarante)

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO ANTERIOR

Eu, [NOME DO REPRESENTANTE LEGAL], inscrito(a) no CPF sob o nº [XXX.XXX.XXX-XX], na qualidade de representante legal da empresa [RAZÃO SOCIAL], inscrita no CNPJ sob o nº [XX.XXX.XXX/0001-XX], com sede na [ENDEREÇO COMPLETO], **DECLARO**, para os devidos fins, que:

1. **Não mantive e não mantenho vínculo empregatício anterior ou atual** com o **Instituto Maria Schmitt (IMAS)**, seja a qualquer título ou função, direta ou indiretamente.

2. Reconheço que os serviços ora prestados ou que venham a ser prestados à instituição são realizados **de forma autônoma, eventual e sem subordinação jurídica**, não se configurando vínculo de natureza trabalhista.

3. Declaro, ainda, que assumo integralmente as obrigações trabalhistas, previdenciárias, fiscais e tributárias relativas aos meus profissionais e/ou prepostos, eximindo o IMAS de qualquer responsabilidade solidária ou subsidiária.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Cidade/UF, data, mês e ano.

_____

(Nome e assinatura do Declarante

ANEXO V

DECLARAÇÃO

Declaremos a quem interessar possa, que o(s) profissional(is) médico(s), abaixo elencados, possui(em) vínculo societário com a empresa xxxxxxxxxx, inscrita no CNPJ sob o nº 000.000/0000-00, conforme Contrato Social:

Dr.(a) xxxxxxx, inscrito(a) no CRM nº 00000/UF, no CPF nº 000.000.000-00;
Dr.(a) xxxxxxx, inscrito(a) no CRM nº 00000/UF, no CPF nº 000.000.000-00;

Por ser a expressão da verdade e para que se produza os devidos efeitos legais, firmamos a presente.

Cidade/UF, data, mês e ano.

.....
(Nome completo do representante Legal)

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO SUPERVENIENTE IMPEDITIVO DE HABILITAÇÃO E DE TRABALHO DO MENOR

(Empresa xxx), inscrita no CNPJ sob o nº 000.000/0000-00 por intermédio de seu representante legal o(a) Sr.(a) xxxxxxxxxxxxxx portador(a) da Carteira de Identidade nº 0000000 e inscrito(a) no CPF sob o nº 000.000.000-00, **DECLARA**, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos, conforme o inciso XXXIII, d, do artigo 7° da Constituição Federal de 1988 (Lei n. 9.854/99) menor.

Cidade/UF, data, mês e ano.

.....

(Nome e assinatura do representante legal)

*(**Observação:** em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima. A declaração deverá ser digitada de acordo com o modelo, assinada por pessoa legalmente constituída para tanto, devendo ainda estar em papel timbrado da empresa.)*