

**IMAS****Instituto  
Maria Schmitt****GOVERNO DE  
SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

**COLETA DE PREÇOS 034/2025**  
**CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**  
**MÉDICOS ESPECIALIZADOS EM MEDICINA INTENSIVA PARA**  
**UNIDADE DO HOSPITAL FLORIANÓPOLIS**

O INSTITUTO MARIA SCHMITT DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO, ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE DO CIDADÃO - IMAS, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como organização social pelo Decreto Estadual n. 1449 de 18 de janeiro de 2018, por meio de sua Presidência Executiva, tornam pública a instauração de processo de Coleta de Preços n. 034/2025, destinado à **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS EM MEDICINA INTENSIVA PARA UNIDADE DO HOSPITAL FLORIANÓPOLIS**, que será regido pelas regras estabelecidas na presente Coleta de Preços, no regulamento próprio de contratações do IMAS, aprovado pelo Conselho de Administração, bem como normas aplicáveis ao modelo de contratação.

Para contratação do objeto serão considerados os requisitos abaixo relacionados:

| ITEM | ESPECIFICAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.   | <b>OBJETO</b><br><br>1.1 <b>CREDENCIAMENTO PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS EM MEDICINA INTENSIVA PARA O HOSPITAL FLORIANÓPOLIS</b> , conforme descrição constante no item no <b>Item 3</b> e <b>anexo I</b> do presente Edital de Credenciamento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 2.   | <b>JUSTIFICATIVA</b><br><br>2.1 - A contratação de Pessoa Jurídica especializada na prestação de serviços médicos descritos neste Processo de credenciamento, justifica-se ante a necessidade de atender a demanda das Unidades de Terapia Intensiva (UTI-A e UTI-B) do Hospital Florianópolis, bem como, a não disponibilidade de profissionais no quadro efetivo com formação específica para atuação nas áreas médicas que compõem o <b>Anexo I</b> , considerando as metas estabelecidas no Contrato de Gestão N° SES/SEA 02/2023, firmado entre o IMAS e a Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina, tornando-se necessário a contratação de Pessoa Jurídica, especializada para prestação de serviços especializados. |
| 3.   | <b>LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS</b><br><br>Unidades de Terapia do <b>HOSPITAL FLORIANÓPOLIS</b> , localizado na Rua Santa Rita de Cássia, n. 1665 – Estreito, Florianópolis/SC, CEP: 88.090-352.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 4.   | <b>CARGA HORÁRIA</b><br><br>24 (vinte e quatro) horas, todos os dias da semana, incluindo feriados, conforme disposto no <b>anexo I</b> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

**5.****ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS**

5.1 A descrição dos serviços, o quantitativo de horas mensais disponibilizadas para o credenciamento de prestação de serviços nas Unidades de Terapia Intensiva - UTI – A e UTI -B, os valores correspondentes à hora/plantão, bem como os demais requisitos obrigatórios, constam no **Anexo I**, deste instrumento.

| <b>SERVIÇOS MÉDICOS DE UTI E/OU RESPONSÁVEL TÉCNICO MÉDICO</b> |                                                                    |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>Item</b>                                                    | <b>Prestação de Serviços</b>                                       |
| Item 01                                                        | Serviços Médicos Especializados para Atuar na UTI – A e/ou UTI – B |
| Item 02                                                        | Responsável Técnico Médico da UTI - A e/ou UTI - B                 |

**5.2 Serviço de assistência médica:**

5.2.1 A PROPONENTE deverá dispor de equipe médica em número suficiente para garantir o atendimento adequado aos pacientes do Hospital Florianópolis, conforme descrição detalhada constante no **Anexo I**.

5.2.2 A PROPONENTE deverá assegurar a integral cobertura da escala de serviços médicos destinada ao atendimento dos pacientes do Hospital Florianópolis.

5.2.3 Poderão participar do presente credenciamento tanto Pessoas Jurídicas que disponham de equipes médicas próprias e em número suficiente para garantir a execução integral dos serviços, quanto Pessoas Jurídicas individuais, desde que atendam a todos os requisitos previstos neste instrumento e no **Anexo I**.

**5.3 Especificação da equipe técnica:**

5.3.1 Todos os profissionais médicos pertencentes ao corpo clínico da PROPONENTE, envolvidos na prestação dos serviços no Hospital Florianópolis, deverão possuir Registro no Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina (CRM/SC).

5.3.2 A PROPONENTE deverá possuir inscrição no CNPJ com CNAE compatível com prestação de serviços médicos.

5.3.3 Comprovar regularidade fiscal e trabalhista.

5.3.4 Apresentar **comprovação de vínculo com no mínimo 1 (um) médico com título de especialista em Medicina Intensiva para responder por UTI Adulto**, conforme Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 / MS.

5.3.5 **Apresentar declaração de disponibilidade mínima de [24] horas semanais para cumprimento da escala.**

5.3.6 Dispor de equipe médica em quantidade suficiente para atendimento aos pacientes do Hospital Florianópolis, conforme descrição pormenorizada do serviço constante no **Anexo I**.

5.3.7 Garantir a cobertura da escala de serviços profissionais para atendimento médico aos pacientes do Hospital Florianópolis, conforme descrição pormenorizada do serviço constante no **Anexo I**.



**IMAS**

Instituto  
Maria Schmitt



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

5.3.8 A PROPONENTE deverá indicar, e manter durante toda a execução do contrato, Responsável Técnico da Pessoa Jurídica em Terapia Intensiva Adulto, devidamente registrado no **CRM** e **(RQE)** no Estado de Santa Catarina, conforme descrição no **Anexo I**;

5.3.9 A definição do Coordenador Técnico para atuar e acompanhar o desenvolvimento dos serviços realizados na UTI - A e UTI - B, se dará a parte do médico Responsável Técnico de cada Pessoa Jurídica, conforme regramento constante no **Anexo I**.

5.3.10 Somente poderão participar interessados com regularização de inscrição no CRM/SC, condição necessária para assinatura do contrato e início dos serviços;

5.3.11 O quadro de profissionais deverá ser apresentado como condição para assinaturado contrato, sob pena de desclassificação e credenciamento com a próxima empresa classificada;

#### **5.4 Qualificação técnica:**

5.2.1 Cópia do Título de Especialista em Medicina Intensiva (RQE), para médico Responsável Técnico.

5.4.1 Declaração indicando o Responsável Técnico, legalmente habilitado, que poderá ser responsável tecnicamente pela UTI.

5.4.2 Todos os profissionais médicos pertencentes ao corpo clínico da CONTRATADA, envolvidos na prestação dos serviços no Hospital Florianópolis, deverão possuir Registro no Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina (CRM/SC).

5.4.3 A PROPONENTE deverá indicar, e manter durante toda a execução do contrato, um Responsável Técnico pela prestação dos serviços, devidamente registrado no CRM e com, OBRIGATORIAMENTE, Registro de Qualificação de Especialidade (RQE) em Terapia Intensiva junto ao CRM/SC, conforme demandar a descrição do **Anexo I**.

5.4.4 O profissional que atuará como Coordenador Técnico Médico da Especialidade da empresa, poderá ser indicado como Responsável Técnico da(s) UTIs do Hospital Florianópolis. Conforme anexo I.

5.4.5 O quadro de profissionais, conforme Anexo I, deverá ser apresentado como condição para assinatura do contrato, sob pena de desclassificação.

5.4.6 Nenhuma substituição e/ou adição de profissionais no corpo clínico, poderão ser efetivadas sem a anuência da Direção Técnica do Hospital Florianópolis.

5.4.7 A Direção Técnica do hospital reserva-se o direito de solicitar a substituição de qualquer profissional vinculado à empresa credenciada, sempre que identificar condutas incompatíveis com os padrões éticos, técnicos ou comportamentais exigidos.

5.4.8 Os médicos vinculados à empresa credenciada deverão manter postura ética, respeitosa e colaborativa com toda a equipe hospitalar, zelando pela boa convivência e pela segurança do paciente.

5.4.9 Desvios de conduta comportamentais, serão considerados passíveis de notificação, advertência ou afastamento do profissional.

5.5 Conforme estabelecido no **Contrato de Gestão SES/SEA nº 02/2023, firmado entre o IMAS/HOSPITAL FLORIANÓPOLIS e a Secretaria de Estado de Saúde de Santa**

**IMAS****Instituto  
Maria Schmitt****GOVERNO DE  
SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | <p>Catarina, em sua CLÁUSULA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO, fica vedada a participação no presente credenciamento de:</p> <p>a) Empresas que possuam sócio(s), dirigente(s) ou administrador(es) que seja(m) servidor(es)/empregado(s) ocupante(s) de cargo(s) ligado(s) ao processo de contratação ou membro(s) da diretoria do IMAS, ou que seja(m) cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o primeiro grau, de servidor(es)/empregado(s) ocupante(s) de cargo(s) ligado(s) ao processo de contratação ou membro(s) da diretoria do IMAS.</p> <p>b) Empresas que possuam em seu quadro societário, familiares, cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o primeiro grau, que tenham vínculo empregatício com o Hospital Florianópolis.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>6.</b> | <p><b>DA VIGÊNCIA DO CONTRATO</b></p> <p>6.1 Para a contratação dos serviços médicos credenciados será firmado contrato de prestação de serviços com Pessoa Jurídica em que o médico tenha vínculo societário. Vigência inicial de 12(doze) meses, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, conforme, minuta do <b>Anexo III</b> do presente Termo de Credenciamento.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>7.</b> | <p><b>REQUISITOS DE HABILITAÇÃO</b></p> <p>7.1 deverão ser enviados obrigatoriamente os seguintes documentos, sob pena de inabilitação:</p> <p><b>7.2 Documentos Pessoa Jurídica:</b></p> <p>a) Contrato social e alterações.</p> <p>b) Cartão CNPJ.</p> <p>c) RG/CPF do representante legal.</p> <p>d) ART ou RT (quando aplicável).</p> <p>e) Alvará de Funcionamento e Sanitário</p> <p>f) Certidões negativas (municipal, estadual, Receita federal, FGTS).</p> <p>g) Declaração sobre trabalho de menores conforme CF/88.</p> <p>h) Declaração de autorização de desconto (quando aplicável).</p> <p>i) Declaração de dados bancários.</p> <p>j) Certidão negativa de falência ou recuperação judicial.</p> <p>k) CNDT (Justiça do Trabalho).</p> <p>l) Certidão de Regularidade de Inscrição da Pessoa Jurídica no CRM.</p> <p>m) Certidão negativa de falência, recuperação judicial ou concordada, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica.</p> <p>n) cópia da <b>Ficha de Antecedentes Criminais</b> emitida por órgão competente, comprovando a inexistência de registros criminais que impeçam a participação no presente credenciamento.</p> |

**7.3 Documentos Específicos dos Sócios Médicos que prestarão serviço na unidade:**

- a) Diploma médico e CRM/SC.
- b) Certidão de Regularidade de Inscrição da Pessoa Física no CRM.
- c) RG e CPF.
- d) Comprovante de residência,
- e) Prova de Regularidade de Inscrição no Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina (CRM/SC).
- f) Registro de qualificação de especialista (RQE), caso houver.
- g) Declaração do responsável técnico, quando for o caso.
- h) Declaração que o profissional possui vínculo societário com a CONTRATADA.
- i) O médico generalista deverá comprovar experiência, de pelo menos 12 (doze) meses em terapia intensiva.
- j) Ficha Cadastral emitida pela Unidade do Hospital Florianópolis devidamente assinada pelo profissional médico.
- k) Declaração de inexistência de vínculo com a Administração Pública.

**Obs.: As certidões que não indicarem o prazo de validade deverão ter sido expedidas, no máximo, até 180 (cento e oitenta) dias antes da data do envio dos documentos para credenciamento.**

**\*\*\* TODO DOCUMENTO DEVE ESTAR DEVIDAMENTE ATUALIZADOS \*\*\***

7.4 Comprovação de experiência, de todos os profissionais pertencentes ao corpo clínico da PROPONENTE, envolvidos na prestação dos serviços.

7.5 Apresentar os certificados de pós-graduação e/ou residência médica concluída ou em andamento em MEDICINA INTENSIVA, CLÍNICA MÉDICA, ANESTESIOLOGIA, CIRURGIA GERAL ou MEDICINA DE EMERGÊNCIA.

7.6 Todos os documentos relativos à **QUALIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO** deverão ser entregues na Unidade do Hospital Florianópolis no credenciamento ou antes de compor o corpo clínico do Hospital até a assinatura do contrato.

7.7 A lista de documentos disposto acima poderá ser enviado via e- mail respeitando a organização, nomeando cada arquivo e em ordem, devendo ser encaminhado para [contratos.hf@imas.net.br](mailto:contratos.hf@imas.net.br) ;

**7.8 Os documentos enviados via e-mail deverão estar legíveis e em excelente qualidade, ainda, devidamente atualizados e digitalizados mediante os originais;**

7.9 O Contrato a ser pactuado com a empresa vencedora do certame será o padrão das IMAS que seguirá como anexo, podendo ser alterado com cláusulas a serem acrescentadas, todavia, não poderão ser suprimidas, pois já estão de acordo com o que determina o *Compliance* do IMAS.

**IMAS****Instituto  
Maria Schmitt****GOVERNO DE  
SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | <p><b>DA RESPONSABILIDADE CÍVEL, CRIMINAL E ÉTICA:</b></p> <p>7.10 Os sócios/dirigentes/responsáveis legais e outros profissionais da PROPONENTE, 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 de Santa Catarina - CRM/SC, bem como estar em exercício regular à pessoa jurídica da PROPONENTE, sem restrições de ordem ética ou impeditiva do exercício da atividade, sob pena de responder judicial e extrajudicialmente perante a PROPONENTE e terceiros, porventura, prejudicados;</p> <p>7.11 O responsável técnico da PROPONENTE responderá diretamente pelos atos praticados por seus profissionais, respondendo integralmente nas esferas cível, penal e administrativa, seja judicial ou extrajudicial;</p> <p>7.12 A PROPONENTE 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.</p> |
| <b>8.</b> | <p><b>CRITÉRIOS DE SELEÇÃO</b></p> <p>8.1 O Processo de seleção se dará com entrevista realizada pela comissão de contratação composta por profissional na área médica, Recursos Humanos, psicóloga, contratos, Direção técnica e Direção Geral do Hospital Florianópolis, que acontecerá em 1(uma) e/ou 2(duas) etapas:</p> <p>1º Entrevista com o Representante Legal da Empresa;</p> <p>2º Entrevista com o Responsável técnico.</p> <p>8.2 Serão avaliados dos seguintes critérios: avaliação psicológica comportamental; competências e habilidades técnicas, adesão aos valores da instituição; compatibilidade de horário e outras particularidades do serviço.</p> <p>8.3 Será(ão) desclassificado(s) o(s) PROPONENTES(s) que:</p> <p>a) descumprir com os requisitos de habilitação obrigatórios;</p> <p>b) não atender às exigências deste Termo de credenciamento, que seja omissa e/ou apresente irregularidades insanáveis;</p> <p>b) não apresentar toda a documentação obrigatória exigida no edital dentro do prazo estipulado.</p> <p>c) Apresentar documentos falsos, adulterados ou com informações inverídicas.</p>                                                                                                       |
| <b>9.</b> | <p><b>CRITÉRIOS DE PROPORCIONALIDADE E EQUIDADE</b></p> <p>9.1 A divisão das horas disponíveis serão feitas com base em uma pontuação técnica na fase de credenciamento.</p> <p>9.2 A divisão dos plantões entre as empresas credenciadas será realizada inicialmente pela Direção Técnica. Após a consolidação das empresas credenciadas e definição do responsável técnico da UTI, a elaboração da escala passará a ser de responsabilidade compartilhada entre o Responsável Técnico da UTI e a Direção Técnica a qual manterá a supervisão e as atribuições legais inerentes ao seu cargo.</p> <p>9.3 A alocação de plantões seguirá, prioritariamente, a proporcionalidade da carga horária ofertada no momento do credenciamento, respeitando a capacidade</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |



operacional declarada por cada empresa.

9.4 A Direção Técnica poderá instituir rodízio mensal entre empresas para garantir a equidade na distribuição de horários diferenciados (ex: finais de semana, feriados, plantões noturnos).

9.6 A escala de plantões será definida e pactuada entre as partes com antecedência mínima de 5 (quinze) dias, sendo de responsabilidade das CREDENCIADAS garantir a presença do profissional habilitado no horário acordado, sob pena de descumprimento contratual:

- Estabelece-se que nenhuma empresa poderá assumir mais que 50% da carga horária total salvo em situações de ausência de empresas concorrentes aptas ou situações emergenciais;
- Empresas com menor proposta (24hrs/semanais) têm direito à sua proporção mínima.
- O restante é distribuído proporcionalmente entre as demais, até o limite.

**Define -se cota mínima de (24hrs/semanais) garantida para todos os credenciados aptos, e reparte o excedente entre os que têm maior capacidade.**

9.7 A Direção Técnica estabelecerá um critério de alocação proporcional, respeitando a capacidade operacional declarada pelas credenciadas, observando os seguintes limites:

I – Nenhuma empresa poderá ocupar mais de [50%] da carga horária total mensal, salvo em situações de ausência de empresas concorrentes aptas;

II – A distribuição final da escala obedecerá a critérios de proporcionalidade, obedecendo a avaliação da capacidade técnica da pessoa Jurídica, pontuação recebida, número de horas disponíveis e número de empresas/pessoas jurídicas qualificadas;

III – A administração reserva-se o direito de ajustar a alocação de plantões a qualquer tempo, com vistas a garantir a qualidade do serviço, evitar desassistência e preservar a equidade entre os prestadores credenciados.

**10.**

**CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO**

| <b>Critério</b>                                                         | <b>Pontuação</b>                    |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Número de médicos com RQE em Medicina Intensiva.                        | 0,5 ponto por médico (máx. 1 ponto) |
| Experiência prévia em UTI (declaração com comprovação 1 ponto por ano). | até 1 pontos                        |
| Proposta de plano assistencial protocolos internos.                     | até 5 pontos                        |
| Empresa disponibilizará USG beira leito.                                | 5 pontos                            |

**IMAS****Instituto  
Maria Schmitt****GOVERNO DE  
SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|            | Empresa disponibiliza vídeo laringo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 5 pontos      |
|            | Plano de educação permanente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | até 10 pontos |
| <b>11.</b> | <p><b>DA APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS PARA CREDENCIAMENTO</b></p> <p>11.1 Os interessados deverão encaminhar toda documentação para o E-mail: <a href="mailto:contratos.hf@imas.net.br">contratos.hf@imas.net.br</a> e <a href="mailto:assessoriadet.hf@imas.net.br">assessoriadet.hf@imas.net.br</a> ou <b>em envelope opaco e lacrado até o dia 17 de setembro de 2025, até às 17 horas</b> (horário de Brasília), no <b>HOSPITAL FLORIANÓPOLIS</b>, localizado na Rua Santa Rita de Cássia, nº 1665, CEP 88.090-352 – Estreito, Florianópolis/SC, <b>aos cuidados do SETOR DE CONTRATOS do HOSPITAL FLORIANÓPOLIS.</b></p> <p>11.2 Será admitido o envio da documentação necessária pelos Correios, <b>desde que a data do recebimento do envelope no Hospital Florianópolis esteja em conformidade com o estabelecido no item</b></p> <p>11.3 O envelope deverá conter a seguinte informação do lado de fora.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"><p><b>ENVELOPE 1– PROPOSTA DE PREÇO<br/>CREDENCIAMENTO Nº 034/2025</b></p><p>Hospital Florianópolis: _____</p><p>Nome da Proponente: _____</p><p>Telefone: _____</p><p>E-mail: _____</p></div> <p>11.4 Os envelopes lacrados serão abertos após o prazo de envio de propostas.</p> <p>11.5 Do ato da abertura do envelope será lavrada ATA com a assinatura de todos os presentes.</p> <p>11.6 O encaminhamento de toda documentação exigidas na Coleta de Preços, pressupõe o pleno conhecimento e atendimento de todas as exigências previstas no Termo de Referência, não podendo haver desistência por parte dos proponentes, sob pena de aplicação das penalidades cabíveis.</p> <p><b>DAS PROPOSTAS:</b></p> <p>11.7 As propostas de preços devem ser redigidas em papel timbrado, em linguagem oficial (Português), em moeda nacional (R\$), de forma clara e detalhada, sem emendas ou rasuras, devidamente datadas, numeradas sequencialmente, rubricadas e assinadas pelo representante da proponente, contendo as seguintes informações:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>I. <b>QUALIFICAÇÃO</b> (Razão Social, CNPJ, Inscrição Municipal, Inscrição Estadual, Endereço completo da empresa, Telefone e E-mail);</li><li>II. <b>PREÇO</b> (oferta firme e precisa, sem qualquer alternativa de preços ou qualquer outra condição que induza o julgamento a ter mais de um resultado);</li><li>III. <b>PRazo</b> (a proposta deverá ter validade mínima de 60 (sessenta) dias;</li><li>IV. <b>ASSINATURA</b> (a proposta deverá ser assinada por representante legal da proponente);</li></ol> |               |





**IMAS**

Instituto  
Maria Schmitt



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            | <p>11.8 A CONTRATANTE poderá, a seu exclusivo critério, prorrogar a data de apresentação das propostas, através de publicação de Comunicado no sítio do IMAS;</p> <p>11.9 Nas propostas apresentadas deverão estar inclusos todos os tributos e encargos de qualquer natureza, tais como despesas de transporte, hospedagem, alimentação e outras que direta ou indiretamente, incidam sobre o objeto (<b>ANEXO</b>) deste Termo, não sendo aceita pela CONTRATANTE qualquer reivindicação a este título;</p> <p>11.10 A Proposta deverá conter apenas as informações referentes ao objeto deste Termo de Credenciamento, <b>ANEXO I</b>;</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>12.</b> | <p><b>CRITÉRIOS DE CREDENCIAMENTO</b></p> <p>12.1 Será credenciada a interessada que atender aos critérios do credenciamento, apresentando todos os serviços descritos no ANEXO I (Documento Descritivo), e apresentar seus documentos de credenciamento para os procedimentos especificados no Documento Descritivo, e de acordo com as condições estabelecidas no Termo de Referência.</p> <p>12.2 O CONTRATANTE não aceitará, em hipótese alguma, alegações de omissão na proposta ou no Termo de Referência com o objetivo de alterar a classificação dos proponentes.</p> <p>12.3 Será conferida a documentação da proponente e de seus profissionais como condição para assinatura do contrato, atendendo as especificações desse Termo de Referência.</p> <p>12.4 Os profissionais provenientes de outros Estados da Federação poderão solicitar o Credenciamento da Pessoa Física e Jurídica, desde que atendam aos critérios de habilitação e promovam no prazo de até 30 (trinta) dias, a contar da data da convocação para início da execução do contrato, a inscrição no CRM/SC – Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina, de todos os profissionais envolvidos na prestação dos serviços, a fim de comprovar o atendimento ao disposto no artigo 17 da Lei nº 3268/1957.</p> |
| <b>13.</b> | <p><b>HOMOLOGAÇÃO DO RESULTADO E CONVOCAÇÃO DOS QUALIFICADOS:</b></p> <p>13.1 O resultado do Processo de Credenciamento de Pessoas Jurídicas será submetido à Direção Técnica e Direção Geral do Hospital Florianópolis para homologação;</p> <p>13.2 <b>Após a homologação do resultado, as pessoas jurídicas serão convocadas para assinar o contrato, quando cabível, no prazo máximo de até 2 (dois) dias úteis, a contar da sua expressa convocação, momento que deverá entregar toda a documentação exigida referente a pessoa jurídica e quadro de profissionais;</b></p> <p>13.3 Se uma das empresas qualificadas declinar, ou não comparecer no prazo indicado; não apresentar situação regular; ou injustificadamente recusar-se a</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

**IMAS****Instituto  
Maria Schmitt****GOVERNO DE  
SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            | <p>contratar, fica automaticamente desqualificada do presente processo de credenciamento;</p> <p>13.4 O atendimento do prazo de convocação pela parte poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado durante o seu transcurso, e desde que ocorra motivo justificado e aceito pela CONTRATANTE.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>14.</b> | <p><b>DAS MANIFESTAÇÕES</b></p> <p>14.1 Das decisões proferidas neste processo de credenciamento, caberá manifestação do interessado que deverá ser interposta no prazo de <b>até 02 (dois) dias contados da divulgação da lista dos qualificados.</b></p> <p>14.2 A manifestação deverá ser digitada, rubricada e assinada por pessoa legalmente constituída para tanto, sem emendas, rasuras ou entrelinhas, e protocolizado para os e-mails : <a href="mailto:assessoria@imas.net.br">assessoria@imas.net.br</a>; <a href="mailto:contratos@imas.net.br">contratos@imas.net.br</a> aos cuidados do Setor de Contratos do Hospital Florianópolis até às 17 horas (horário de Brasília);</p> <p>14.3 A manifestação encaminhada por e-mail deve observar quanto ao último dia de prazo e horário limite definido no item anterior;</p> <p>14.4 Na contagem dos prazos, excluir-se-á o dia de início e incluir-se-á o do vencimento, prorrogando-se este para o primeiro dia útil seguinte, quando cair em dia que não haja expediente na CONTRATANTE;</p> <p>14.5 Os autos do processo permanecerão com vistas franqueada aos interessados na Unidade Hospital Florianópolis, Rua Santa Rita de Cássia, nº 1665 – Estreito, Florianópolis/SC – CEP: 88.090-352, <b>Setor de Contratos do Hospital Florianópolis</b> no horário das 8 horas as 17 horas (horário de Brasília), em dias úteis;</p>                                                                                                   |
| <b>14.</b> | <p><b>DAS DISPOSIÇÕES GERAIS</b></p> <p>14.1 Os proponentes são responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados.</p> <p>14.2 As partes cientificam que o presente certame, bem como, o contrato a ser pactuado está inteiramente vinculado ao “INSTRUMENTO PARTICULAR DE CONFORMIDADE, COMPLIANCE, ASSUNÇÃO DE OBRIGAÇÕES E AFINS”.</p> <p>14.3 Qualquer pedido de esclarecimento deverá ser encaminhado por escrito, até 2 (dois) dias úteis antes da data fixada para apresentação das propostas, no endereço eletrônico <a href="mailto:contratos@imas.net.br">contratos@imas.net.br</a>.</p> <p>14.4 O não exercício de direitos previstos nesta coleta de preços representará simples tolerância, não podendo ser invocado pela outra parte como novação ou renúncia de qualquer das suas obrigações aqui assumidas, podendo exercê-los a qualquer tempo.</p> <p>14.5 Quaisquer acordos, alterações, prorrogações, ajustes, pagamentos extraordinários, e outras adaptações ou complementações necessárias, de acordo com a forma do pactuado no contrato, serão impreterivelmente celebrados por aditivo.</p> <p>14.6 O encaminhamento de proposta pelo proponente implica declaração formal de aceitação integral das condições estabelecidas neste Termo de Referência.</p> <p>14.7 Não serão aceitas, em hipótese alguma, futuras alegações de omissão ou inexatidão nas propostas apresentadas, com o objetivo de alterar o preço proposto.</p> |



**IMAS**

Instituto  
Maria Schmitt



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

14.8 Os casos omissos serão inicialmente tratados entre as partes.

14.9 O foro competente para dirimir questões relativas a esta Coleta de Preços é o da sede do Hospital Florianópolis, ou seja, de Florianópolis/SC, com renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja ou venha a ser.

Florianópolis, 12 de setembro de 2025.

---

**Karin Cristine Geller Leopoldo**  
**Diretora Geral**

**IMAS****Instituto  
Maria Schmitt****GOVERNO DE  
SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE**ANEXO I****DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E QUANTITATIVO  
COLETA DE PREÇOS N. 034/2025 – SERVIÇOS EM MEDICINA INTENSIVA  
HOSPITAL FLORIANÓPOLIS**

| <b>Especialidade</b> | <b>Serviço Médico em U.T.I adulto Tipo II- Atendimento na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Florianópolis – UTI-A e UTI-B.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Descrição</b>     | <p>As UTIs Adulto (A e B) do Hospital Florianópolis necessitam de <b>médicos plantonistas e rotineiros</b> para atender os pacientes internados, realizando <b>admissões, acompanhamento e transferências</b>. Cada unidade deve contar com o <b>número mínimo de profissionais médicos durante as 24 horas</b>, garantindo cobertura assistencial contínua.</p> <p>O Hospital Florianópolis dispõe de 20 (vinte) leitos de Terapia Intensiva Adulto, distribuídos em duas unidades com 10 (dez) leitos cada. Essas unidades estão devidamente classificadas como UTI Tipo II, conforme estabelecido pela Portaria GM/MS nº 2.862, de 29 de dezembro de 2023, que define critérios mínimos de estrutura, recursos humanos e processos assistenciais para a habilitação em alta complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>As unidades possuem infraestrutura física compatível com os requisitos normativos, contemplando áreas de assistência direta ao paciente, postos de enfermagem, ambientes de apoio técnico e logístico, bem como sistemas de monitorização contínua e suporte avançado à vida. Cada leito dispõe de monitor multiparamétrico, acesso a ventilação mecânica invasiva e não invasiva, bombas de infusão, e demais dispositivos necessários à atenção integral ao paciente crítico.</p> <p>A composição da equipe multiprofissional segue os parâmetros técnicos exigidos para UTIs de porte II, assegurando a presença de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos e equipe de enfermagem em regime de plantão, garantindo cobertura assistencial. As unidades são ainda apoiadas por serviços de diagnóstico por imagem, laboratório de análises clínicas, nutrição clínica e farmácia hospitalar, todos integrados à rede assistencial interna.</p> <p>Dessa forma, as Unidades de Terapia Intensiva do Hospital Florianópolis constituem serviço de referência em cuidados críticos, atendendo aos padrões técnicos e legais vigentes e garantindo a disponibilidade de leitos de UTI adulto de acordo com a legislação do Ministério da Saúde.</p> |
| <b>Item 01</b>       | a) A empresa credenciada deverá apresentar em seu quadro societário,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |



**IMAS**

Instituto  
Maria Schmitt



GOVERNO DE  
**SANTA CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

**Equipe Médica da  
UTI-A e UTI-B.**

**01 (um) médico com Registro de Qualificação de Especialista (RQE) em Medicina Intensiva**, regularmente inscrito no CRM,

b) Os demais médicos escalados para plantões presenciais poderão ser médicos, desde que tenham experiência comprovada e/ou RQE ou residência médica em Clínica médica, Medicina de Emergência, Anestesiologia, Cirurgia Geral.

c) Todos os médicos plantonistas deverão estar cientes dos Termos de Ciência das Normas da UTI, incluindo protocolo de segurança do paciente, fluxos internos, critérios de admissão e de alta;

d) O hospital reserva-se o direito de avaliar tecnicamente os profissionais designados pela empresa, podendo a Direção Técnica e/ou a Direção Geral do Hospital solicitar a substituição de qualquer profissional vinculado à empresa credenciada, sempre que identificar condutas incompatíveis com os padrões éticos, técnicos ou comportamentais exigidos.

e) A empresa deverá promover a substituição do profissional no prazo máximo de **72 (setenta e duas) horas**, sob pena de suspensão parcial do contrato ou exclusão da escala.

**f) O PROPONENTE e seus profissionais deverão:**

- **Atuar em conformidade** com a missão, visão e valores do IMAS/HOSPITAL FLORIANÓPOLIS.
- **Prestar assistência à saúde com excelência**, oferecendo soluções qualificadas e inteligentes em gestão de unidades médico-hospitalares.
- **Agir com integridade, honestidade moral e intelectual**, cumprindo integralmente a legislação vigente.
- **Trabalhar com respeito, equidade, integralidade e dignidade**, de forma ética, humana e abrangente.
- **Inovar continuamente**, incorporando tecnologias e métodos que assegurem melhorias constantes e visão de futuro.
- **Promover práticas sustentáveis**, socialmente justas, economicamente viáveis e culturalmente adequadas, em alinhamento aos objetivos de desenvolvimento da instituição.

**g) Serão considerados desvios de conduta comportamental, passíveis de notificação, advertência ou suspensão do profissional na escala médica, os seguintes atos:**

- Demonstrar agressividade, ironia ou falta de respeito com colegas e integrantes da equipe multiprofissional.
- Descumprir escalas previamente estabelecidas, apresentar atrasos frequentes ou abandonar plantão.
- Recusar, de forma injustificada, atendimento ou conduta médica;
- Realizar comentários desrespeitosos em redes sociais ou em espaços públicos envolvendo o Hospital.
- Adotar postura desagregadora ou subversiva em relação à liderança técnica instituída.

**h) A reincidência e/ou a gravidade da conduta inadequada** poderão ensejar o **descredenciamento da Pessoa Jurídica** à qual o profissional esteja vinculado.

**IMAS****Instituto  
Maria Schmitt****GOVERNO DE  
SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Habilitação Médico Plantonista</b>        | <p>a) Preferencialmente possuir título de especialista em medicina intensiva para atuação na UTI – A e UTI – B;</p> <p>b) Possuir RQE e ou Residência médica em Clínica médica, Medicina de Emergência, Anestesiologia ou Cirurgia Geral</p> <p>c) Médicos Generalistas que comprovem experiência profissional em Terapia Intensiva Adulta de pelo menos 1 ano.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Principais Funções Médico Plantonista</b> | <p>a) realizar exames e consultas médicas;</p> <p>b) emitir diagnósticos, prescrever e ministrar tratamentos para as diversas doenças, perturbações e lesões do organismo humano e aplicar os métodos da medicina preventiva;</p> <p>c) praticar atos invasivos terapêuticos e diagnósticos dentro do rol de competências da Medicina Intensiva;</p> <p>d) emitir laudos e pareceres;</p> <p>e) aplicar as leis e regulamentos da saúde pública;</p> <p>f) desenvolver ações de saúde coletiva;</p> <p>g) participar de processos educativos, de ensino, pesquisa e de vigilância em saúde;</p> <p>h) Implantar e discutir o plano e planejamento terapêuticos dos pacientes internados, em conjunto com a equipe multiprofissional;</p> <p>i) desenvolver as atividades inerentes a função e a lotação do prestador; participar de comissões do hospital;</p> <p>j) Garantir o preenchimento da documentação definida para a realização do plano terapêutico;</p> <p>k) Revisar as prescrições médicas realizadas, afim de garantir a execução do plano terapêutico realizado para o paciente;</p> <p>l) Discutir com o médico coordenador da unidade as condutas relacionadas ao tratamento, bem como as dificuldades e barreiras encontradas para condução dos casos, sempre que necessário;</p> <p>m) Assegurar a relação harmônica entre os profissionais médicos e multidisciplinares que atuam na unidade;</p> <p>n) Participar de reuniões técnicas quando solicitado pelo hospital.</p> |
| <b>Valor Hora Plantão Médico Plantonista</b> | <p><b>Pela prestação dos serviços, a CONTRATANTE pagará à CREDENCIADA, mediante apresentação de nota fiscal, o valor mensal correspondente às horas técnicas efetivamente realizadas, conforme escala validada e aprovada pela direção, nos valores conforme tabela abaixo:</b></p> <p><b>Valor hora plantão:</b></p> <p>R\$ 131,00 (cento e trinta e um reais) - Médico</p> <p>R\$ 135,00 (cento e trinta e cinco reais) – Médico com RQE em Clínica Médica, Cirurgia geral, Anestesiologia, Medicina de Emergência</p> <p>R\$ 139,00 (cento e trinta e nove reais) - Médico com RQE em Terapia Intensiva</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |



**IMAS****Instituto  
Maria Schmitt****GOVERNO DE  
SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Número de profissional/ dia</b>                     | <p>01(dois) profissionais de plantão 24 horas, todos os dias da semana, incluindo feriados (01 para cada U.T.I.);</p> <p>02 (dois) profissionais de plantão de 06 horas para rotina, todos os dias da semana, incluindo feriados, das 08h às 14h (01 para cada U.T.I.).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Horas mensais disponíveis para o Credenciamento</b> | <p>Meses com 30 ( Trinta ) dias</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• UTI A- 720 horas</li><li>• UTI B - 720 horas</li><li>• Horas para Rotineiro e ou Responsável técnico</li><li>• UTI A-180 horas</li><li>• UTI B- 180 horas</li></ul> <p>Meses com 31 ( Trinta e um ) dias</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• UTI A- 744 horas</li><li>• UTI B - 744 horas</li><li>• Horas para Rotineiro e ou Responsável técnico</li><li>• UTI A-186 horas</li><li>• UTI B- 186 horas</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Item 02<br/>Responsável Técnico médico da UTI</b>   | <p>a) Serão escolhidos pela Direção técnica 01 (um) responsável técnico para cada UTI, podendo ou não ser a mesmo profissional. desde que este possua, obrigatoriamente, Registro de Qualificação de Especialidade (RQE) em Medicina Intensiva junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (CRM/SC), e desde que cumpra com todos os critérios estabelecidos neste Edital.</p> <p>b) O Valor para o Responsável Técnico é de <b>R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) por cada uti sob sua responsabilidade</b>, totalizando <b>R\$ 10.000,00 (dez mil reais) nas duas UTIs</b></p> <p>c) O Responsável Técnico será responsável pela equipe, podendo ser um dos profissionais relacionados no item 1 deste Edital, devendo exercer suas atribuições de forma <b>efetiva e presencial</b> a fim de garantir a prestação dos serviços durante toda a vigência contratual, suprimindo integralmente as necessidades para a continuidade do atendimento.</p> <p>d) Compete ao Responsável Técnico <b>atender às demandas da(s) equipe(s) sob sua supervisão</b>, mantendo comunicação e prestando as informações necessárias à Direção Técnica, sempre que solicitado.</p> <p><b>Competências do Responsável Técnico</b><br/>O coordenador será responsável por:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Supervisionar o cumprimento da escala médica;</li><li>• Participar de reuniões institucionais e dos comitês da UTI;</li><li>• Garantir a adesão aos protocolos assistenciais;</li><li>• Conduzir a rotina diária da UTI;</li><li>• Assessorar a Direção do hospital em assuntos pertinentes à sua</li></ul> |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>área de atuação;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Planejar, coordenar e supervisionar as atividades assistenciais prestadas aos pacientes;</li><li>• Implantar, monitorar e avaliar a execução das rotinas e atividades médicas da unidade;</li><li>• Coletar dados, elaborar relatórios e alimentar os indicadores da unidade;</li><li>• Garantir o correto preenchimento dos prontuários e demais documentos assistenciais;</li><li>• Promover e conduzir reuniões periódicas de caráter educativo, visando o aprimoramento da equipe;</li><li>• Liderar discussões e decisões em situações em que o médico diarista não possa coordenar visitas médicas e multidisciplinares;</li><li>• Gerar indicadores de qualidade, analisá-los e propor planos de ação;</li><li>• Participar de comissões, reuniões técnicas e visitas de certificação, quando solicitado pelo hospital;</li><li>• Colaborar na elaboração de documentos, protocolos e fluxos assistenciais relacionados à unidade;</li><li>• Planejar, implementar, monitorar e garantir a qualidade dos processos;</li><li>• Impedir a delegação de atos médicos a outros profissionais da saúde;</li><li>• Elaborar e encaminhar à Direção do hospital, dentro do prazo estabelecido, a escala de plantão da unidade;</li><li>• Facilitar a comunicação entre equipes médicas, empresas prestadoras de serviço e a Direção Técnica.</li></ul> <p><b>Disposições Gerais</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• A designação do coordenador será formalizada por <b>Portaria da Direção Técnica</b>, com vigência inicial de 12(seis) meses, podendo ser prorrogada, substituída ou revogada em razão de desempenho, avaliação técnica ou interesse institucional.</li><li>• As obrigações da contratada estão integralmente previstas na minuta contratual, constante do <b>Anexo III</b> do presente instrumento.</li></ul> |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**IMAS****Instituto  
Maria Schmitt****GOVERNO DE  
SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

**ANEXO – II**  
**MODELO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO**  
**COLETA DE PREÇOS N. 034/2025 – SERVIÇOS EM MEDICINA INTENSIVA**  
**HOSPITAL FLORIANÓPOLIS**  
**(Papel timbrado da empresa, enumerar páginas, rubricar e assinar)**

Ao: Instituto Maria Schmitt – IMAS

Aos cuidados da Direção Geral do Hospital Florianópolis

Coleta de Preços n. 034/2025 Hospital Florianópolis

Prezada Diretora Geral,

Apresentamos a nossa proposta para a contratação de empresa especializada em Serviços Médico de Atendimento nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI-A e UTI-B) do Hospital Florianópolis, conforme descrição constante na Coleta de Preços n. 034/2025, pelo valor abaixo especificado.

Definir a quantidade de Horas Disponíveis para participar do Credenciamento

| Item | Descrição                                                                                                                                                                                                                            | Valor Unitário/ hora Plantão                                                                                                          |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01   | Meses com 30 ( Trinta ) dias <ul style="list-style-type: none"><li>• UTI A- 720 horas</li><li>• UTI B - 720 horas</li><li>• Horas para Médico e ou Responsável técnico</li><li>• UTI A-180 horas</li><li>• UTI B- 180 hora</li></ul> | * R\$ 131,00 (cento e trinta e um reais) - Médico                                                                                     |
|      | Meses com 31 (Trinta e um) dias <ul style="list-style-type: none"><li>• UTI A- 744 horas</li><li>• UTI B - 744 horas</li><li>• Horas para Médico e ou Responsável técnico</li></ul>                                                  | *R\$ 135,00 (cento e trinta e cinco reais) – Médico com RQE em Clínica Médica, Cirurgia geral, Anestesiologia, Medicina de Emergência |
|      | <ul style="list-style-type: none"><li>• UTI A-186 horas</li><li>• UTI B- 186 horas</li></ul>                                                                                                                                         | * R\$ 139,00 (cento e trinta e nove reais) Médico com RQE em Terapia Intensiva                                                        |
|      |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                       |
| 02   | 01 (um) Coordenador Médico por UTI                                                                                                                                                                                                   | R\$ 5.000,00                                                                                                                          |
|      |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                       |

**IMAS****Instituto  
Maria Schmitt****GOVERNO DE  
SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

\* Observação: Os pagamentos são realizados mediante **boleto ou depósito bancário em conta no Brasil do Brasil**. Optando pelo recebimento mediante depósito bancário em conta corrente de outras instituições bancárias que não seja o Banco do Brasil, há dedução da tarifa bancária referente à respectiva transferência de valores entre Bancos do pagamento devido, conforme disposto no art. 4º da Instrução Normativa SEA/SEF Nº 12/2020, de acordo com sua tabela de serviços.

Declaramos que:

1. No preço proposto, estão computados todos os custos necessários para prestação dos serviços médicos na especialidade UTI em favor da unidade **HOSPITAL FLORIANÓPOLIS**, bem como todos os tributos, transporte, instalação, encargos trabalhistas, comerciais e quaisquer outras despesas que incidam ou venham a incidir direta ou indiretamente sobre os custos do objeto da Coleta de Preços em referência, e que influenciem na formação dos preços desta proposta.
2. O serviço médico em medicina intensiva terá início de forma imediata na data de assinatura do contrato e, será executado, conforme condições e especificações constantes em contrato e Coleta de Preços n. 034/2025 – Hospital Florianópolis.
3. O prazo de validade da proposta é de 60 (sessenta) dias, contados da data de abertura desta Coleta de Preços.

**DADOS DA CONTRATADA:**

|                   |  |
|-------------------|--|
| Nome/Razão Social |  |
| CNPJ/MF           |  |
| Endereço          |  |
| Cidade            |  |
| Estado            |  |
| CEP               |  |
| Telefone          |  |
| E-mail            |  |
| Banco             |  |
| Ag                |  |
| c/c               |  |

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL DA CONTRATADA:**

|        |  |
|--------|--|
| Nome   |  |
| CPF/MF |  |

**IMAS****Instituto  
Maria Schmitt****GOVERNO DE  
SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

|                        |  |
|------------------------|--|
| Carteira de Identidade |  |
| Expedido por           |  |
| Naturalidade           |  |
| Nacionalidade          |  |
| Endereço               |  |
| Cidade                 |  |
| Estado                 |  |
| CEP                    |  |
| Telefone               |  |
| E-mail                 |  |
| Cargo/função           |  |

Local\_\_\_\_\_, Data\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Identificação do representante legal e assinatura

Nome/RG/CPF

**IMAS****Instituto  
Maria Schmitt****GOVERNO DE  
SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE**ANEXO – III  
CONTRATO PADRÃO IMAS/HF.****NÚMERO DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

\_\_\_\_\_/25

**DAS PARTES**

|                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>C<br/>O<br/>N<br/>T<br/>R<br/>A<br/>T<br/>A<br/>N<br/>T<br/>E</b> | <p><b>INSTITUTO MARIA SCHMITT DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO, ASSISTENCIA SOCIAL E SAUDE DO CIDADAO- IMAS</b>, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) sob o n. 28.700.530.0001-61, com sede na Rua Dr. Antonio Bottini, nº 46, centro, Sombrio, SC, CEP nº 88.960-000; através de sua Unidade filial _____, inscrita no CNPJ nº _____, com endereço a _____, cujo endereço para comunicações e notificações é _____; neste ato representado pelo Diretor Executivo Geral, <b>Sr. xxx</b>, brasileiro, solteiro, administrador, inscrito no RG sob o nº xxx e portador do Cadastro de Pessoas Físicas – CPF – sob o número xxx, residente e domiciliado à Rua xxx, nº xx, Apto. xx, Bairro xxx na Cidade de xxx/SC, CEP xxx, cujo endereço eletrônico para comunicações e notificações é xxxx.</p> |
| <b>C<br/>O<br/>N<br/>T<br/>R<br/>A<br/>T<br/>A<br/>D<br/>A</b>       | <p><b>EMPRESA</b>, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob o n.º 00.000.000/0000-00, situada na _____, nº _____, sala _____, bairro _____, na cidade de ____/____, CEP _____, neste ato representada por seu Administrador, <b>SR.</b> _____, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) sob o n.º _____, e RG _____, cujo endereço para comunicações e notificações é _____@aaaaa.com.br.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |





**IMAS**

Instituto  
Maria Schmitt



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

As partes acima identificadas acordam com o presente contrato de prestação de serviço, que se regerá pelas cláusulas seguintes:

### **DO OBJETO DO CONTRATO**

**Cláusula 1ª** – O presente instrumento tem como objeto o **CREDENCIAMENTO DE PESSOA JURÍDICA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS EM MEDICINA INTENSIVA PROVENIENTE DA COLETA DE PREÇOS 034/2025**, em conformidade com a escala de Serviços, validada pela Direção Técnica e Geral do Hospital Florianópolis, conforme especificações abaixo:

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

**Parágrafo Único.** O local da prestação dos serviços será na **Unidade - ENDEREÇO DA UNIDADE**.

**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.

### **DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

**Cláusula 2ª** – A **CONTRATANTE** se obriga em:

I – Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela **CONTRATADA**, de acordo com este contrato;

II - Exercer a avaliação dos padrões técnicos e de qualidade dos serviços prestados;

III - 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;

IV – Notificar a **CONTRATADA** por escrito da ocorrência de eventuais problemas no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção;



**IMAS**

Instituto  
Maria Schmitt



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

V - 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;

VI - Realizar a conferência de todo o serviço prestado para emissão de nota fiscal;

VII - Efetuar o pagamento das parcelas mensais nas datas acordadas, após o encaminhamento dos documentos de cobrança, por parte da **CONTRATADA**;

VIII – Designar uma pessoa categorizada para supervisionar e acompanhar o desenvolvimento dos serviços, servindo de elo entre as partes;

IX – 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,

X - Cumprir fielmente todas as obrigações assumidas neste contrato, as legislações e exigências sanitárias.

### **DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

**Cláusula 3ª – A CONTRATADA se obriga em:**

I – 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;

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

III – 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;

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



**IMAS**

Instituto  
Maria Schmitt



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

V - 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;

VI – 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;

VII – 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;

VIII – Responsabilizar-se pelo pagamento dos serviços prestados por terceiros, quando houver. Não cabendo a CONTRATANTE qualquer obrigação sobre essas despesas, que são de exclusiva obrigação da CONTRATADA;

IX – 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;

X – 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;

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

XII – 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;

XIII – 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;



**IMAS**

Instituto  
Maria Schmitt



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

XIV – 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;

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

XVI – 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;

XVII – 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;

XVIII – Não transferir a terceiros, por qualquer forma, nem mesmo parcialmente, as obrigações assumidas, nem subcontratar qualquer prestação a que está obrigada, sendo vedada a quarteirização da prestação dos serviços;

XIX – 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;

XX – Indicar representantes para participação das Comissões Internas da Unidade;

XXI – Havendo convênio entre a Unidade Hospitalar e Instituições de Ensino, relativos a estágios e/ou programas universitários, fica a CONTRATADA obrigada a responsabilizar-se pela atividade/supervisão do acadêmico residente, na sua área de especialização, sem qualquer ônus adicional à CONTRATANTE;

XXII – Cumprir os prazos e horários determinados para prescrições, chamadas, visitas e outras normativas estabelecidas pela Administração;

XXIII – Primar pelo bom atendimento aos pacientes/familiares/visitantes, garantindo um serviço humanizado, seguro e de alta qualidade;



**IMAS**

Instituto  
Maria Schmitt



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

XXIV – 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;

XXV – 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;

XXVI – 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;

XXVII – 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;

XXVIII – Não receber representantes comerciais, vendedores de equipamentos médicos/laboratórios farmacêuticos ou similares nas dependências da Unidade;

XXIX – 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 cláusula 22ª sem a incidência de qualquer multa, cabendo o pagamento apenas das horas de serviços efetivamente prestadas;

XXX – Fazer parte de outra escala médica em caráter emergencial, através dos médicos prestadores de serviço do presente objeto;

XXXI – Registrar a entrada e saída do seu plantão através do Aplicativo Pega Plantão - no qual o médico é registrado - sendo o check-in e check-out disponibilizados nas proximidades da Unidade. Caso não seja efetuado o registro por qualquer motivo, o mesmo não será contabilizado para o fechamento mensal das horas, uma vez que se trata de uma ferramenta de controle para o departamento financeiro;

**IMAS****Instituto  
Maria Schmitt****GOVERNO DE  
SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

**Parágrafo Único.** Caso a **CONTRATADA** se abstenha de realizar o procedimento, não haverá como realizar a correção posterior, ocorrendo a consequente desconsideração de pagamento relativo àquelas horas trabalhadas.

XXVIII - Zelar pelo patrimônio público e da CONTRATANTE;

XXIX - 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.

XXXIV - É vedada a prestação de serviços médicos de profissionais que não sejam sócios direto ou celetistas da CONTRATADA, sob pena de aplicação de multa contratual e penalidades previstas neste Instrumento.

XXXV - Substituir imediatamente, mediante a solicitação da Direção Técnica e Direção Geral, profissionais que cause embarço ao Hospital Florianópolis, devendo a Direção Geral e Direção Técnica aprovar previamente o respectivo substituto.

XXXVI - Cabe a Direção Geral em conjunto com a Direção Técnica indicar o Coordenador Técnico da especialidade, quando houver.

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

#### **DO VALOR, DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

**Cláusula 4ª** – Os serviços objeto deste contrato terão o seguinte preço estipulado:

| <b>PRODUÇÃO</b>                | <b>VALOR UNITÁRIO</b>                  | <b>VALOR POR EXTENSO</b> |
|--------------------------------|----------------------------------------|--------------------------|
| <b>Médico</b>                  | <b>R\$   XXX   por<br/>consulta</b>    | <b>XX</b>                |
| <b>Médico</b>                  | <b>R\$ XXX/h</b>                       | <b>XX</b>                |
| <b>Coordenação<br/>Técnica</b> | <b>R\$   XXX   por<br/>coordenador</b> | <b>XX</b>                |

**IMAS****Instituto  
Maria Schmitt****GOVERNO DE  
SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

**Parágrafo Primeiro.** O total geral a ser pago irá variar frente à demanda da CONTRATANTE.

**Parágrafo Segundo.** As Notas Fiscais para pagamento deverão ser emitidas no CNPJ nº 28.700.530/0005-95 com endereço na Rua Santa Rita de Cássia, nº 1665, Bairro Coloninha, CEP 88090-352.

**Cláusula 5ª** – Os pagamentos serão mensais, subsequente ao mês de prestação dos serviços, devendo ser realizados no prazo de 20 (vinte) dias úteis após a apresentação da Nota Fiscal pela CONTRATADA.

**Cláusula 6ª** – 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.

**Cláusula 7ª** – A Nota Fiscal emitida deverá ser encaminhada diretamente ao e-mail: [assessoriadt.hf@imas.net.br](mailto:assessoriadt.hf@imas.net.br) (Assessoria da Direção Técnica), mantendo sempre em cópia os e-mails: [diretortecnico.hf@imas.net.br](mailto:diretortecnico.hf@imas.net.br) (Diretor Técnico Médico); [gerenteadm.hf@imas.net.br](mailto:gerenteadm.hf@imas.net.br) (Gerente Administrativa); [contratos.hf@imas.net.br](mailto:contratos.hf@imas.net.br) (Setor de Contratos), 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.

**Parágrafo Primeiro.** 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.





**IMAS**

Instituto  
Maria Schmitt



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

**Parágrafo Segundo.** 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.

**Cláusula 8ª** – Após a entrega da ESCALA MÉDICA nas condições exigidas na cláusula 7ª, a mesma será encaminhada para conferência da Direção Geral e Direção Técnica da Unidade, momento que receberá o ATESTO no tocante aos serviços prestados pela CONTRATADA.

**Cláusula 9ª** – O mesmo fluxo estabelecido nas cláusulas 7ª e 8ª deverão ser adotados quando o objeto do contrato se referir à realização de PROCEDIMENTOS (cirúrgicos ou exames), sendo que anexada a escala médica deverá constar planilha de execução dos serviços, a qual informará a data, tipo de procedimento, quantidade de procedimentos, profissional médico e a indicação do nome da empresa CONTRATADA.

**Cláusula 10ª** – 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.

**Cláusula 11ª** – 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.

**Cláusula 12ª** – Somente poderão ser pagos os procedimentos e horas efetivamente executadas.

**Cláusula 13ª** – Se a CONTRATADA prestar serviços através de empregados, e não exclusivamente através de seus próprios sócios, a CONTRATADA deverá encaminhar juntamente com a Nota fiscal as certidões negativas de FGTS, conjunta da Receita Federal (inclusive INSS) e trabalhista.

**Cláusula 14ª** – Caso a CONTRATADA seja optante pelo Sistema Integrado de Pagamento de Impostos e Contribuições das Microempresas e Empresas de Pequeno Porte - SIMPLES, deverá apresentar, juntamente com a Nota Fiscal, a devida comprovação, a fim de evitar a retenção na fonte dos tributos e contribuições, de acordo com a Lei Complementar n.º 123/2006.

**IMAS****Instituto  
Maria Schmitt****GOVERNO DE  
SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

**Cláusula 15ª** – Caso o CONTRATADO não se sinta satisfeito com a prestação de contas realizada pelo CONTRATANTE, referente aos repasses de honorários, poderá solicitar explicações e comprovantes dos pagamentos realizados referentes aos seus serviços.

### **DA CONTA BANCÁRIA PARA PAGAMENTO**

**Cláusula 16ª** – Os pagamentos serão efetuados exclusivamente através de depósito/PIX em conta corrente bancária de titularidade da CONTRATADA, seguindo as regras da “INSTRUÇÃO NORMATIVA SEA/SEF Nº 12/2020”, conforme dados abaixo:

|                           |      |
|---------------------------|------|
| <b>Nome da Contratada</b> | Xxxx |
| <b>CNPJ</b>               | Xxxx |
| <b>Nome Banco</b>         | xxxx |
| <b>Número do Banco</b>    | Xxxx |
| <b>Agência</b>            | Xxxx |
| <b>Conta</b>              | Xxxx |
| <b>PIX</b>                | Xxxx |

**Parágrafo único:** No caso da conta corrente bancária da CONTRATADA não for do mesmo Banco de titularidade da CONTRATANTE, a CONTRATADA deverá preencher a “Declaração de autorização de desconto de taxas” constante no ANEXO I deste instrumento.

### **DA QUALIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO**

**Cláusula 17ª** – Para habilitação de seu quadro de pessoal e, ainda, como condição para assinatura e manutenção do presente contrato, a CONTRATADA deverá apresentar os seguintes documentos de cada profissional médico:

I – RG;

II – Prova de Inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);

III – Comprovante residencial;



**IMAS**

Instituto  
Maria Schmitt



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

IV – Diploma médico;

V – Prova de Inscrição e Regularidade no Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (CRM/SC);

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

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

VIII – Ficha Cadastral emitida pela Unidade devidamente assinada pelo profissional médico.

**Parágrafo Primeiro.** A CONTRATADA deverá também apresentar Certidão de Regularidade de Inscrição junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (CRM/SC) em relação à pessoa jurídica.

**Parágrafo Segundo.** Todos os documentos relativos à QUALIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO deverão ser entregues na Unidade com prazo mínimo de 24 horas antes do início das atividades por ele a serem executadas.

### **DA NÃO EXISTÊNCIA DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO**

**Cláusula 18ª** – 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.

**Parágrafo Primeiro.** Todo e qualquer profissional médico está impedido de prestar serviço na Unidade, 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.

**Parágrafo Segundo.** 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

**IMAS****Instituto  
Maria Schmitt****GOVERNO DE  
SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

atender à solicitação em até 10 (dez) dias, sob penalidade descrita na VIGÊNCIA, RESCISÃO, SUSPENSÃO OU INTERRUPÇÃO DO CONTRATO.

**Parágrafo Terceiro.** O CONTRATADO tem ciência que é exigido pelo **Contrato de Gestão** a comprovação de horas efetivamente trabalhadas para pagamento destas, razão pela qual a prestação dos serviços deverá ser registrada por meio de cartão ponto eletrônico, não importando na caracterização de vínculo empregatício.

### **DA RESPONSABILIDADE CIVIL, CRIMINAL E ÉTICA**

**Cláusula 19ª** – 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.

**Cláusula 20ª** – 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.

**Cláusula 21ª** – 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.

### **DA VIGÊNCIA, RESCISÃO, SUSPENSÃO OU INTERRUPÇÃO DO CONTRATO**

**Cláusula 22ª** – O presente contrato terá vigência por 12 (doze) meses, iniciando-se com a assinatura do presente instrumento.

**Cláusula 23ª** – A rescisão contratual poderá ocorrer por interesse de uma ou ambas as partes, sendo que neste caso deverá ocorrer a notificação expressa, pela parte interessada e, contará com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, prazo este que pode



**IMAS**

Instituto  
Maria Schmitt



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

ser dispensado havendo concordância entre as partes. Durante este período, serão inteiramente aplicáveis as normas contratuais.

**Parágrafo Primeiro.** O presente contrato poderá, sem aviso prévio, ser rescindido em caso de violação de quaisquer das cláusulas deste instrumento, pela CONTRATANTE, mediante denúncia imediata, sem prejuízo de eventual indenização cabível.

**Parágrafo Segundo.** A CONTRATANTE rescindir o contrato automática e independentemente de aviso ou notificação judicial ou extrajudicial, no caso de recuperação judicial ou extrajudicial, falência ou instalação de insolvência civil da CONTRATADA.

**Cláusula 24ª** – Acordam as partes que a vigência e validade jurídica deste contrato é vinculada ao Contrato de Gestão SES/SEA nº 02/2023 celebrado com o Estado e que versa sobre o gerenciamento e a operacionalização da Unidade Hospital Florianópolis. Assim, excepcionalmente, se aquele contrato principal for rescindido por qualquer motivo e a qualquer tempo, ou seja solicitado pelo Estado a retirada do CONTRATADO, considerando as imprevisibilidades desses fatos, o presente contrato se resolverá ao mesmo tempo e de maneira automática e instantânea, sem que haja a necessidade de comunicação formal neste sentido pelas partes, hipóteses em que não ensejarão a cominação de multa, penalidade ou indenização prevista neste contrato e sob nenhuma rubrica, com o que concordam expressamente as partes, cabendo à CONTRATANTE pagar apenas pelos serviços prestados até a data da rescisão.

#### **DAS PENALIDADES**

**Cláusula 25ª** – O descumprimento total ou parcial deste contrato ou das obrigações assumidas caracterizará a inadimplência da CONTRATADA, sujeitando-a as penalidades previstas neste contrato e das demais sanções aplicáveis à espécie:

I - Advertência por escrito encaminhado via correio eletrônico;

II - Multa de 5% (cinco por cento) sobre o valor do contrato, por dia de atraso na prestação dos serviços objeto deste contrato;

III - Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor do contrato, por dia de atraso na entrega dos produtos ou serviços por período igual ou superior a 10 (dez) dias, com consequente rescisão do contrato a critério da CONTRATANTE; e



**IMAS**

Instituto  
Maria Schmitt



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

IV - Em caso de inexecução total, multa compensatória de 20% (vinte por cento) do valor do contrato.

**Parágrafo Único.** Nas contratações de prestação de serviços médicos em que não for possível mensurar o valor mensal e anual do contrato, em razão da sua variabilidade, deverá ser utilizado como base para aplicação de multa, o valor médio recebido pela contratada nos últimos 03 (três) meses de serviços prestados.

**Cláusula 26ª** – A CONTRATANTE, no decorrer dos 20 (vinte) dias úteis, após emissão da Nota Fiscal, deverá efetuar o pagamento integral, conforme Cláusula Quarta deste instrumento. Caso haja atraso neste pagamento, a CONTRATANTE arcará com juros de mora de 0,25% (zero vírgula dois por cento) ao dia, do efetivo da Nota Fiscal emitida, pago integralmente, junto do montante total, a título de atraso nos repasses correspondentes.

**Parágrafo Único.** Excetua-se a multa moratória da cláusula 26ª se o atraso no pagamento ocorrer por falta de repasse pelo ente público municipal, estadual e ou federal do valor mensal, previsto em contrato de gestão e a CONTRATANTE, tendo em vista a ausência de finalidade lucrativa da gestora e consequente ausência de suporte financeiro para arcar o inadimplemento do ente público.

#### **DO REAJUSTE DE PREÇOS, REPACTUAÇÃO OU REEQUILÍBRIO ECONÔMICO**

**Cláusula 27ª** – Dentro do prazo de 12 (doze) meses, o preço proposto não sofrerá reajuste, conforme prevê o artigo 2º da Lei n.º 10.192/2001.

**Cláusula 28ª** – O preço proposto poderá sofrer reajuste anual, mediante Termo Aditivo, no limite de até 50% do indexador INPC, ficando a critério da Unidade o percentual do indexador.

**Cláusula 29ª** – Em sendo necessário o Reequilíbrio Econômico do contrato, a CONTRATADA poderá, nos últimos 30 (trinta) dias dos 12 meses pactuados, solicitar por escrito à CONTRATANTE, embasando seu pedido com os documentos comprobatórios dos argumentos expostos que ensejam o Reequilíbrio Econômico do contrato, sob pena de indeferimento ou preclusão.

**IMAS****Instituto  
Maria Schmitt****GOVERNO DE  
SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

**Cláusula 30ª** – Após o protocolo pela CONTRATADA do pedido de Reequilíbrio Econômico do contrato para a CONTRATANTE, o mesmo será analisado e respondido por escrito, fundamentando a CONTRATANTE sua decisão.

### **DOS CASOS OMISSOS**

**Cláusula 31ª** – Fica estabelecido que, caso venha a ocorrer algum fato não previsto no presente instrumento, os chamados casos omissos, estes deverão ser resolvidos entre as partes, respeitado o objeto deste Contrato, a legislação, normas reguladoras da matéria e o Regulamento de Compras e de Contratações de Obras e Serviços e suas modificações posteriores, aplicando-lhe quando for o caso, supletivamente, os princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.

**Parágrafo Único.** Quaisquer acordos, alterações, prorrogações, ajustes, pagamentos extraordinários, e outras adaptações ou complementações necessárias, de acordo com a forma do pactuado neste contrato, serão impreterivelmente celebrados por escrito e firmados pelas partes.

### **DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS (LEI Nº 13.709/2018)**

**Cláusula 32ª** – A Lei Geral de Proteção de Dados deverá ser obedecida e respeitada, em todos os seus termos, pela CONTRATADA, obrigando-se ela a tratar os dados coletados pela CONTRATANTE, conforme sua necessidade ou obrigatoriedade. (art. 11º, LGPD)

**Cláusula 33ª** – Conforme prevê a Lei Geral de Proteção de Dados, obriga-se a CONTRATADA a executar os seus trabalhos e tratar os dados da CONTRATANTE respeitando os princípios da finalidade, adequação, transparência, livre acesso, segurança, prevenção e não discriminação. (art. 6º, LGPD)

**Cláusula 34ª** – A CONTRATADA obriga-se a garantir a confidencialidade dos dados coletados da CONTRATANTE por meio de uma política interna de privacidade, a fim de respeitar, os titulares de dados, o objetivo do presente termo. (art. 50, LGPD)

**Parágrafo Único.** Eventuais dados coletados pela CONTRATADA serão arquivados por esta somente pelo tempo necessário para a execução dos serviços contratados. Ao seu fim, os dados coletados serão permanentemente eliminados, excetuando-se os que se enquadrarem no disposto no artigo 16, I da Lei Geral de Proteção de Dados.



**IMAS****Instituto  
Maria Schmitt****GOVERNO DE  
SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

**Cláusula 35ª** – As partes obrigam-se a assegurar aos titulares dos dados pessoais que venham a ser por estes tratados, em especial com relação àqueles que venham a constituir objeto deste Contrato, todos os direitos de que trata o artigo 18 da LGPD, devendo informar à CONTRATADA, imediatamente, qualquer solicitação de titulares que implique na necessidade de confirmação, acesso, correção, anonimização e/ou eliminação.

**Cláusula 36ª** – A CONTRATANTE deverá ser integralmente indenizada por toda e qualquer perda decorrente do descumprimento, pela CONTRATADA, das disposições da LGPD, respondendo a CONTRATADA por eventuais sanções que venham a ser aplicadas à CONTRATANTE em razão da inobservância, pela CONTRATADA, dos preceitos normativos estabelecidos na LGPD.

**Cláusula 37ª** – Em caso de fiscalização ou aplicação de quaisquer penalidades pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados (“ANPD”) em decorrência de infração às normas da LGPD no que se refere aos dados pessoais que venham a integrar o objeto deste Contrato, uma Parte deverá, conforme o caso, fornecer à outra, para fins de defesa, todos os subsídios e provas que comprovem que (i) não ocorreu o tratamento dos dados que lhes foram atribuídos; (ii) não houve violação à legislação de proteção de dados; ou (iii) o dano causado é decorrente de culpa exclusiva do titular dos dados ou de terceiros.

### **DA ANTICORRUPÇÃO**

**Cláusula 38ª** – A CONTRATADA se obriga, sob as penas previstas no CONTRATO e na legislação aplicável, a observar e cumprir rigorosamente todas as leis cabíveis, incluindo, mas não se limitando à legislação brasileira anticorrupção, a legislação brasileira contra a lavagem de dinheiro, assim como as normas e exigências constantes das políticas internas da CONTRATANTE.

**Cláusula 39ª** – A CONTRATADA declara e garante que não está envolvida ou irá se envolver, direta ou indiretamente, por meio de seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores, consultores, partes relacionadas, durante o cumprimento das obrigações previstas no Contrato, em qualquer atividade ou prática que constitua uma infração aos termos das leis anticorrupção.



**IMAS**

Instituto  
Maria Schmitt



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

**Cláusula 40ª** – A CONTRATADA declara e garante que não se encontra, assim como seus representantes, administradores, diretores, conselheiros, sócios ou acionistas, assessores, consultores, direta ou indiretamente:

- a) sob investigação em virtude de denúncias de suborno e/ou corrupção;
- b) no curso de um processo judicial e/ou administrativo ou foi condenada ou indiciada sob a acusação de corrupção ou suborno;
- c) suspeita de práticas de terrorismo e/ou lavagem de dinheiro por qualquer entidade governamental;
- d) sujeita a restrições ou sanções econômicas e de negócios por qualquer entidade governamental.

**Cláusula 41ª** – A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não ofereceu, prometeu, pagou ou autorizou o pagamento em dinheiro, deu ou concordou em dar presentes ou qualquer objeto de valor e, durante a vigência do Contrato, não ofertará, prometer, pagar ou autorizar o pagamento em dinheiro, dar ou concordar em dar presentes ou qualquer objeto de valor a qualquer pessoa ou entidade, pública ou privada, com o objetivo de beneficiar ilicitamente a CONTRATANTE e/ou seus negócios.

**Cláusula 42ª** – A CONTRATADA declara que, direta ou indiretamente, não receberá, transferirá, manterá, usará ou esconderá recursos que decorram de qualquer atividade ilícita, bem como não contratará como empregado ou de alguma forma manter relacionamento profissional com pessoas físicas ou jurídicas envolvidas em atividades criminosas, em especial pessoas investigadas pelos delitos previstos nas leis anticorrupção, de lavagem de dinheiro, tráfico de drogas e terrorismo.

**Cláusula 43ª** – A CONTRATADA se obriga a notificar prontamente, por escrito, à CONTRATANTE a respeito de qualquer suspeita ou violação do disposto nas leis anticorrupção e ainda de participação em práticas de suborno ou corrupção.

**Cláusula 44ª** – A CONTRATADA declara e garante que:

- a) Os atuais representantes da CONTRATADA não são funcionários públicos ou empregados do governo;

**IMAS****Instituto  
Maria Schmitt****GOVERNO DE  
SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

b) informará por escrito, no prazo de 3 (três) dias úteis, qualquer nomeação de seus representantes como funcionários públicos ou empregados do governo. A CONTRATANTE poderá, a seu exclusivo critério, rescindir o CONTRATO, caso a CONTRATADA perfectibilize referida nomeação nos termos do item “b” acima, sendo que, neste caso, não serão aplicáveis quaisquer multas ou penalidades à CONTRATANTE pela rescisão do CONTRATO, devendo a CONTRATADA responder por eventuais perdas e danos.

**Parágrafo Único.** Se tratando de profissionais médicos que prestem serviços para entes públicos, quando não se tratar de cargo de chefia, não se aplica o disposto nesta cláusula, podendo os profissionais prestarem serviços médicos à CONTRATANTE sem qualquer impeditivo, desde que haja compatibilidade de horários.

**Cláusula 45ª** – O não cumprimento pela CONTRATADA das leis anticorrupção será considerado uma infração grave ao CONTRATO e conferirá à CONTRATANTE o direito de, agindo de boa-fé, declarar rescindido imediatamente o CONTRATO, sem qualquer ônus ou penalidade, sendo a CONTRATADA responsável por eventuais perdas e danos.

**Cláusula 46ª** – A CONTRATANTE e a CONTRATADA declaram a inexistência de qualquer vínculo de parentesco entre seus dirigentes.

### **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Cláusula 47ª** – Este contrato é absolutamente intransferível, não podendo a CONTRATADA, em hipótese alguma, sub-rogar seus direitos e obrigações a terceiros estranhos a presente relação contratual, sem anuência expressa e por escrito da CONTRATANTE.

**Cláusula 48ª** – A CONTRATADA compromete-se a enviar a CONTRATANTE uma via dos instrumentos constitutivos da sociedade contratada, comprometendo-se, ainda, a entregar as cópias das respectivas alterações, caso venham a ocorrer, além das certidões de Regularidade perante o Conselho Regional de Medicina, negativas de FGTS, conjunta da Receita Federal (inclusive INSS) e trabalhista, **todos os meses quando da emissão e envio da nota fiscal para pagamento.**

**Cláusula 49ª** – As partes acordam que o presente contrato não caracteriza exclusividade na prestação de serviços da CONTRATADA à CONTRATANTE, podendo a



**IMAS**

Instituto  
Maria Schmitt



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

CONTRATADA prestar serviços a terceiros alheios a presente relação contratual, bem como a CONTRATANTE contratar outras empresas profissionais para a mesma finalidade deste contrato.

**Cláusula 50ª** – A CONTRATADA declara, desde já, responsabilizando-se pela sua veracidade, que a CONTRATANTE não é o único e/ou exclusivo cliente.

**Cláusula 51ª** – A CONTRATADA antes de iniciar a execução do objeto do contrato compromete-se a enviar à CONTRATANTE, uma via da habilitação profissional (CRM/SC), títulos de especialidade e declaração de regularidade com o CRM/SC, e de todos os profissionais médicos disponibilizados para prestação de serviços.

**Cláusula 52ª** – O(A) Diretor(a) Geral da Unidade Hospital Florianópolis, Sr(a). xxxx, portadora do CPF nº xxxxx, na qual serão prestados os serviços objeto deste contrato, responsabilizar-se-á de forma solidária por todas as obrigações aqui assumidas pela CONTRATANTE que constem no Termo de Responsabilidade assinado pelo(a) mesmo em relação à Unidade na qual realiza a direção administrativa.

**Cláusula 53ª** – As partes cientificam que o presente contrato está inteiramente vinculado ao **“INSTRUMENTO PARTICULAR DE CONFORMIDADE, COMPLIANCE, ASSUNÇÃO DE OBRIGAÇÕES E AFINS”**.

### **DO FORO**

**Cláusula 54ª** – As partes elegem o foro da Comarca de Florianópolis/SC para dirimir quaisquer conflitos oriundos da relação contratual ora convencionada, com renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Assim, por estarem de acordo com os termos ora avençados, perante as testemunhas abaixo, assinam o presente contrato.

Todas reconhecem, de forma irrevogável e irretratável, a autenticidade, validade e a plena eficácia da assinatura por meio eletrônico, para todos os fins de direito; ainda que algumas das partes venha assinar eletronicamente este instrumento em local diverso, o

local de celebração é, para todos os fins, a Cidade de Florianópolis, Estado de Santa Catarina, conforme abaixo indicado; e será considerada a data de assinatura deste instrumento, para todos os fins e efeitos, a data indicada abaixo, não obstante a data em que a última assinatura eletrônica foi realizada.



**IMAS**

Instituto  
Maria Schmitt



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**

Florianópolis, XX de XXXX de 2025

| CONTRATANTE                                                                                          | CONTRATADA                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>_____<br/><b>IMAS – Instituto Maria Schmitt</b><br/><b>xxxxxx</b><br/>Diretor Executivo Geral</p> | <p>_____<br/><b>(Nome Empresa)</b><br/><b>(Nome responsável)</b><br/>Responsável Legal</p> |
| DIRETOR(A) DA UNIDADE                                                                                |                                                                                            |
| <p>_____<br/><b>xxx</b><br/>Diretora Geral<br/>Hospital Florianópolis</p>                            |                                                                                            |



**IMAS**

Instituto  
Maria Schmitt



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

#### ANEXO IV

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

....., inscrito no CNPJ nº ....., por intermédio de seu representante legal o(a) Sr.(a) ....., portador(a) da Carteira de Identidade nº ..... e inscrito(a) no CPF sob o nº ....., **DECLARA**, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.

Ressalva: empresa menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz ( ).

..... de ..... de 2025.

.....

(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.)*



**IMAS**

Instituto  
Maria Schmitt



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

## ANEXO V

### DECLARAÇÃO DE NÃO SÓCIOS

#### DECLARAÇÃO DE NÃO SÓCIOS

....., inscrito no CNPJ nº ....., por intermédio de seu representante legal o(a) Sr.(a) ....., portador(a) da Carteira de Identidade nº ..... e inscrito(a) no CPF sob o nº ....., **DECLARA**, para os devidos fins que não possui sócio(s), dirigente(s) ou administrador(es) que seja(m) servidor(es)/empregado(s) ocupante(s) de cargo(s) ligado(s) ao processo de contratação ou membro(s) da diretoria do IMAS, ou que seja(m) cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o primeiro grau, de servidor(es)/empregado(s) ocupante(s) de cargo(s) ligado(s) ao processo de contratação ou membro(s) da diretoria do IMAS.

....., ..... de ..... de 2025.

.....

(representante legal)

*(Observação: 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.)*





**IMAS**

Instituto  
Maria Schmitt



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

## ANEXO VI

### DECLARAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS

Declaramos para os devidos fins, que a Empresa XXXXX, inscrita no CNPJ sob o nº XXXXX, possui conta bancária de sua titularidade com os seguintes dados abaixo:

Banco: XXX

Agência nº: XXX

Conta Corrente: XX

Pix: XXX

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 e assinatura do representante legal)



**IMAS**

Instituto  
Maria Schmitt



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

## ANEXO VII

### 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)

**IMAS****Instituto  
Maria Schmitt****GOVERNO DE  
SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE**ANEXO VIII****DECLARAÇÃO PROFISSIONAL MÉDICO COMPÕE O QUADRO SOCIETÁRIO**

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) xxxxxxxx, inscrito(a) no CRM nº 00000/UF, no CPF nº 000.000.000-00;

Dr.(a) xxxxxxxx, 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)



**IMAS**

Instituto  
Maria Schmitt



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

## ANEXO X

### DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO DE RESPONSÁVEL TÉCNICO

Eu, XXX, inscrito no CPF sob o nº XXX, na qualidade de representante legal da empresa XXX, inscrita no CNPJ sob o nº XXX, com sede na Rua xx, Bairro xx, CEP xx, **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 completo do representante Legal)

**IMAS****Instituto  
Maria Schmitt****GOVERNO DE  
SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE**ANEXO XI****ESTADO DE SANTA CATARINA  
TERMO DE DECLARAÇÕES**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                        |                                                      |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| RAZÃO SOCIAL / NOME (o mesmo que fornecerá a nota fiscal)<br>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                   |                                                        |                                                      |                                         |
| ENDEREÇO COMPLETO (rua, avenida, praça, etc...)<br>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                             |                                                        |                                                      | NÚMERO<br>Xxx                           |
| CEP<br>XXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                             | BAIRRO<br>XXXXXXXX                                     | CIDADE<br>XXXXXXXXXXXX                               | ESTADO<br>XX                            |
| CNPJ / CPF (o mesmo da nota fiscal)<br>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                 | INSCR. ESTADUAL (se comercial)<br>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | PIS/PASEP (se pessoa física)<br>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |                                         |
| Autorizamos o(a) ORGANIZAÇÃO SOCIAL a efetuar o crédito dos fornecimentos ou serviços prestados na minha (nossa) conta bancária, para extinguir a obrigação, nos termos do inciso III do § 1º do art. 63 da Lei Federal 4.320/64 c/c o art. 308 do Código Civil brasileiro, conforme segue: |                                                        |                                                      |                                         |
| TITULAR (o mesmo que fornecerá a nota fiscal)<br>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                       |                                                        |                                                      |                                         |
| CÓDIGO E NOME DO BANCO (*)<br>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                          | AGÊNCIA E DÍGITO<br>XXXXXXX                            | OPERAÇÃO<br>O<br>XXXXXXX                             | CONTA CORRENTE E DÍGITO<br>XXXXXXXXXXXX |

(\*) Os pagamentos efetuados pelo Estado são efetuados prioritariamente no Banco do Brasil, sem qualquer abatimento.

Declaro(amos) que a conta corrente indicada é de minha (nossa) TITULARIDADE e que corresponde a mesma pessoa jurídica ou física e o mesmo Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou Cadastro de Pessoa Física (CPF) que constará da Nota Fiscal.

Declaro(amos) ainda que estou(amos) ciente(s) de que (somente no caso de optar por receber o pagamento em outras instituições bancárias que não o Banco do Brasil) ficarei(mos) responsável(is) pelo custo da tarifa bancária referente à respectiva transferência de valores entre Bancos, conforme disposto no art. 4º da Instrução Normativa SEA/SEF Nº 12/2020, abatida pelo próprio Banco do valor a ser repassado, de acordo com sua tabela de serviços.

Florianópolis/SC, (dia) de (mês) de (ano).

**Assinatura e Identificação**

Obs.: A PRESENTE AUTORIZAÇÃO DEVERÁ SER ASSINADA PELO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA, DEVIDAMENTE IDENTIFICADO.