

CREDENCIAMENTO Nº 016/2025
EMPRESA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO
MÉDICO GENERALISTA

DO PERFIL DESCRIÇÃO	
Objeto	CREDENCIAMENTO MÉDICO GENERALISTA
Local de trabalho	HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR COMANDANTE LARA RIBAS – HPM. Endereço: Rua Major Costa, nº 221, bairro Centro, cidade de Florianópolis/SC, CEP: 88.020-400.
Horário de trabalho	Conforme demanda
Principais funções	Generalista (PA): Realizar consultas avaliando sintomas, realizando exames físicos, solicitar exames laboratoriais e de imagem, e prescrever medicamentos conforme necessidade e conduta. Orientar sobre tratamento, cuidados pós-atendimento e possíveis complicações.
Remuneração	R\$ 100,00 (cem reais) hora plantão; R\$ 6,00 (seis reais) por ficha de atendimento; R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) para a primeira visita de pacientes internados.
Requisitos necessários	a) Graduação em Medicina devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina;
Processo seletivo	a) Os currículos recebidos serão submetidos à análise preliminar (triagem); b) Os currículos permanecerão arquivados no banco de talentos do HPM pelo período de até 06 (seis) meses, podendo ser utilizados em futuras oportunidades; c) O candidato deverá encaminhar currículo com foto e demais documentos solicitados no anexo I para o e-mail: contratos.ash@imas.net.br . d) No campo “Assunto” do e-mail, deverá constar obrigatoriamente o nome do cargo/vaga pretendida. e) O HPM não se responsabilizará por eventuais problemas técnicos que impeçam o recebimento dos currículos.
Modalidade de Contratação Pessoa	a) O presente contrato terá vigência inicial de 12 (doze) meses , contados a partir de sua assinatura, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos

Jurídica	<p>períodos, mediante celebração de termo aditivo, de acordo com o interesse do HPM.</p> <p>b) Poderão participar do presente credenciamento as pessoas jurídicas que atenderem integralmente às condições estabelecidas neste credenciamento e apresentarem a documentação exigida.</p> <p>c) Fica vedada a participação no presente credenciamento:</p> <p>c.1 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>c.2 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 HPM.</p>
-----------------	--

CRONOGRAMA	
Abertura do processo	24/11/2025
Prazo para envio da documentação	24/11/2025 a 24/11/2026
Avaliação	De acordo com o recebimento de histórico profissional e checklist - Anexo I.
Finalização do processo	24/11/2026

ANEXO I

CHECKLIST DA DOCUMENTAÇÃO PARA ASSINATURA DO CONTRATO	
DOCUMENTOS JURÍDICOS E INSTITUCIONAIS	<input type="checkbox"/> Contrato social e última alteração <input type="checkbox"/> Cartão CNPJ <input type="checkbox"/> RG/CPF do representante legal <input type="checkbox"/> Certidões negativas (municipal, estadual, federal, FGTS) <input type="checkbox"/> Declaração sobre trabalho de menores conforme CF/88 <input type="checkbox"/> Declaração de dados bancários <input type="checkbox"/> Declaração de autorização de desconto <input type="checkbox"/> Declaração de confidencialidade e sigilo profissional do representante legal preenchida e assinada <input type="checkbox"/> Declaração de inexistência de vínculo empregatício anterior com o IMAS preenchida e assinada <input type="checkbox"/> Certidão negativa de falência ou recuperação judicial <input type="checkbox"/> CNDT (Justiça do Trabalho)
DOCUMENTOS ESPECÍFICOS – MÉDICOS	<input type="checkbox"/> Certidão de regularidade no CRM/SC (PJ e profissionais) <input type="checkbox"/> Certidão RT Pessoa Jurídica junto ao CRM/SC <input type="checkbox"/> Declaração de indicação de responsável técnico <input type="checkbox"/> Declaração de inexistência de vínculo com a Administração Pública <input type="checkbox"/> Documentos de identificação dos profissionais prestadores (médicos) <input type="checkbox"/> Diploma médico e CRM/SC <input type="checkbox"/> Certidão de Regularidade de inscrição emitido pelo CRM/SC <input type="checkbox"/> Certidão de Regularidade Financeira emitido pelo CRM/SC <input type="checkbox"/> Declaração de que todos os médicos prestadores de serviços pela empresa contratada, fazem parte do quadro societário da empresa

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

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 202...

.....
(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.)

ANEXO III
DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO DE RESPONSÁVEL TÉCNICO

Papel timbrando da Empresa

DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO DE RESPONSÁVEL TÉCNICO

Declaramos, em atendimento ao previsto no Edital de Credenciamento nº 014/2025.
que o Sr. xxxxxxx, portador (a) do CPF/MF nº.xx e inscrito no CRM/SC sob o nº. xxxx é o nosso indicado
como **Responsável Técnico** com experiência e RQE na Especialidade de Cardiologia.

Florianópolis/SC xxx de xx de 202x.

ANEXO IV
DECLARAÇÃO PROFISSIONAL MÉDICO COMPÕE QUADRO SOCIETÁRIO

Declaramos 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)

ANEXO V
DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO ANTERIOR

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO ANTERIOR

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

1. **Não mantive e não mantenho vínculo empregatício anterior ou atual com o Instituto Maria Schmitt (IMAS)**, seja a qualquer título ou função, direta ou indiretamente.
2. Reconheço que os serviços ora prestados ou que venham a ser prestados à instituição são realizados **de forma autônoma, eventual e sem subordinação jurídica**, não se configurando vínculo de natureza trabalhista.
3. Declaro, ainda, que assumo integralmente as obrigações trabalhistas, previdenciárias, fiscais e tributárias relativas aos meus profissionais e/ou prepostos, eximindo o IMAS de qualquer responsabilidade solidária ou subsidiária.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Cidade/UF, data, mês e ano.

(Nome e assinatura do Declarante)

ANEXO VI
DECLARAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS

DECLARAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS

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

Banco: xxxx

Agência nº: 0000

Conta Corrente: 0000-0

Pix: 00000

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

Cidade/UF, data, mês e ano.

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

ANEXO 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)

ANEXO VIII



ESTADO DE SANTA CATARINA TERMO DE DECLARAÇÕES

RAZÃO SOCIAL / NOME (o mesmo que fornecerá a nota fiscal) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
ENDEREÇO COMPLETO (rua, avenida, praça, etc...) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			NÚMERO Xxx
CEP XXXXXXXX	BAIRRO XXXXXXXX	CIDADE XXXXXXXXXXXX	ESTADO XX
CNPJ / CPF (o mesmo da nota fiscal) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	INSCR. ESTADUAL (se comercial) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	PIS/PASEP (se pessoa física) 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) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
CÓDIGO E NOME DO BANCO (*) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	AGÊNCIA E DÍGITO XXXXXXX	OPERAÇÃO XXXXXXX	CONTA CORRENTE E DÍGITO XXXXXXXXXXXX
<p>(*) Os pagamentos efetuados pelo Estado são efetuados prioritariamente no Banco do Brasil, sem qualquer abatimento.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p style="text-align: center;">Florianópolis/SC, (dia) de (mês) de (ano).</p> <p style="text-align: center;">_____ Assinatura e Identificação</p> <p>Obs.: A PRESENTE AUTORIZAÇÃO DEVERÁ SER ASSINADA PELO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA, DEVIDAMENTE IDENTIFICADO.</p>			