| CREDENCIAMENTO 004/2026 | |
|---|---|

| DESCRIÇÃO DO PERFIL A SER SELECIONADO | |
|---|---|
| **Cargo** | **Médico** |
| **Especialidade** | Otorrinolaringologia |
| **Local de trabalho** | **HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR COMANDANTE LARA RIBAS – HPM**<br>Rua Maj. Costa, 221 - Centro, Florianópolis - SC, CEP: 88020-400. |
| **Horário de trabalho** | Conforme demanda. |
| **Principais Funções** | • Realizar consultas médicas na especialidade de Otorrinolaringologia<br>• Executar procedimentos ambulatoriais compatíveis com a especialidade, conforme habilitação profissional;<br>• Realizar procedimentos cirúrgicos, quando aplicável, de acordo com a estrutura da unidade;<br>• Emitir laudos, pareceres e registros em prontuário eletrônico ou físico;<br>• Atuar em conformidade com o Código de Ética Médica, normas da ANVISA, CFM e protocolos institucionais;<br>• Cumprir fluxos assistenciais e administrativos definidos pelo IMAS. |
| **Remuneração** | Convênios<br>• Consultas – 70% profissional / 30% hospital (valor de tabela negociado com a operadora).<br>• Procedimentos cirúrgicos – 100% honorários médicos (valor de tabela negociado com a operadora)<br>• Pagamento – Conforme repasse profissional, padrão saúde suplementar.<br>Particular<br>• Consultas 70% profissional / 30% hospital (valor de tabela vigente).<br>• Procedimentos – 100% honorários médicos (valor de tabela vigente). |
| **Requisitos necessários** | Checklist-Anexo I |

***CONTRATAÇÃO PESSOA JURÍDICA - PJ**

| CRONOGRAMA PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO | |
|---|---|
| **Abertura do processo** | 26/01/2026 |
| **Prazo para envio** | 26/01/2026 até 25/01/2027 |
| **Avaliação** | De acordo com o recebimento de histórico profissional. |
| **Finalização do processo** | 25/01/2027 |

O ***histórico profissional e a documentação do checklist*** devem ser enviados para o e-mail: contratos.ash@imas.net.br No título do e-mail deve constar o número do credenciamento, nome do cargo/vaga e especialidade desejada.

| CREDENCIAMENTO 004/2026 | |
|---|---|

O INSTITUTO MARIA SCHMITT DE DESENVOLVIMENTO DE ENSINO, ASSISTENCIASOCIAL E SAUDE DO CIDADAO- IMAS

## ANEXO I

| CHECKLIST DA DOCUMENTAÇÃO DA INTERESSADA | |
|---|---|
| **DOCUMENTOS JURÍDICOS E INSTITUCIONAIS** | ☐ Contrato social e última alteração<br>☐ Cartão CNPJ<br>☐ RG/CPF do representante legal<br>☐ RT (Responsabilidade Técnica, quando aplicável)<br>☐ Certidões negativas (municipal, estadual, federal, FGTS)<br>☐ Declaração sobre trabalho de menores conforme CF/88 ***(anexo II)***<br>☐ Declaração de dados bancários ***(anexo III)***<br>☐ Declaração de confidencialidade e sigilo profissional do representante legal preenchida e assinada ***(anexo IV)***<br>☐ Declaração de inexistência de vínculo empregatício anterior com o IMAS preenchida e assinada ***(anexo V)***<br>☐ Certidão negativa de falência ou recuperação judicial<br>☐ CNDT (Justiçado Trabalho) |
| **DOCUMENTOS ESPECÍFICOS– FISIOTERAPEUTAS** | ☐ Certidão de regularidade no CREFITO (**PJ e profissionais**)<br>☐ Diploma e registro profissional ativo no CREFITO<br>☐ Certidão de Regularidade de inscrição emitida pelo CREFITO<br>☐ Certidão de Regularidade Financeira emitida pelo CREFITO<br>☐ Declaração de que todas/os as/os fisioterapeutas prestadores de serviços pela empresa contratada fazem parte do quadro societário da empresa ***(anexo VI)***<br>☐ Certidão de Responsabilidade Técnica da PJ (quando exigida pelo CREFITO) |

**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

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

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

Cidade/UF, data, mês e ano.

.....
(Nome e assinatura do representante legal)

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

**ANEXO III**
**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 IV**
**DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO PROFISSIONAL**

## 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 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 QUE TODOS OS PROFISSIONAIS PRESTADORES DE SERVIÇOS PELA EMPRESA CONTRATADA, FAZEM PARTE DO QUADRO SOCIETÁRIO DA EMPRESA**

**DECLARAÇÃO**

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

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

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

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

Cidade/UF, data, mês e ano.

.....

(Nome completo do representante Legal)