CREDENCIAMENTO 0018/2026	IMAS INSTITUTO MARIA SCHMITT

DESCRIÇÃO DO PERFIL A SER SELECIONADO	
Cargo	**Médico**
Especialidade	Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Local de trabalho	**HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR COMANDANTE LARA RIBAS – HPM** Rua Maj. Costa, 221 - Centro, Florianópolis - SC, CEP: 88020-400.
Horário de trabalho	Conforme demanda.
Principais Funções	1. Constituem atribuições do profissional credenciado: I – Realização de atendimentos médicos especializados na área de Cirurgia de Cabeça e Pescoço; II – Avaliação clínica, diagnóstico, indicação terapêutica, tratamento e acompanhamento de pacientes com patologias da região de cabeça e pescoço; III – Execução de procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos, quando aplicável, de acordo com sua habilitação profissional; IV – Emissão de pareceres, relatórios e laudos médicos, sempre que necessário, observando critérios técnicos, éticos e prazos estabelecidos; V – Atuação integrada com a equipe multiprofissional, participando de discussões clínicas e assistenciais sempre que solicitado; VI – Cumprimento rigoroso dos protocolos assistenciais, normas internas e diretrizes estabelecidas pelo IMAS e pelo HPM.
Remuneração	1. O valor da diária será de **R$ 2.500,00** (dois mil, quatrocentos e setenta e quatro reais e quarenta centavos), por dia de atuação. • Quando a produção realizada for **superior ao valor da diária**, a **CONTRATADA será remunerada pela produção efetivamente realizada**, observados os valores e critérios estabelecidos na tabela vigente. 2. **Distribuição da Produção:** • a) **Consultas Particulares:** A remuneração das consultas realizadas em regime particular será distribuída na proporção de **70% (setenta por cento) para o médico** e **30% (trinta por cento) para o hospital**. • **Procedimentos cirúrgicos:**100% honorários médicos (conforme tabela vigente) • b) **Consultas por Convênio:** A remuneração das consultas realizadas por meio de convênios será distribuída na proporção de **70% (setenta por cento) para o médico** e **30% (trinta por cento) para o hospital**, conforme valores pactuados com as respectivas operadoras. • **Procedimentos cirúrgicos:**100% honorários médicos (conforme tabela de plano de saúde)
Requisitos necessários	Checklist-Anexo I

***CONTRATAÇÃO PESSOA JURÍDICA - PJ**

CRONOGRAMA PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO	
Abertura do processo	09/03/2026
Prazo para envio	09/03/2026 até 09/03/2027
Avaliação	De acordo com o recebimento de histórico profissional.
Finalização do processo	09/03/2027

CREDENCIAMENTO 0018/2026	

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.

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 ☐ Cartão CNPJ ☐ RG/CPF do representante legal ☐ RT (Responsabilidade Técnica, quando aplicável) ☐ Certidões negativas (municipal, estadual, federal, FGTS) ☐ Declaração sobre trabalho de menores conforme CF/88 ***(modelo-anexo II)*** ☐ Declaração de dados bancários ***(modelo-anexo III)*** ☐ Declaração de confidencialidade e sigilo profissional do representante legal preenchida e assinada ***(modelo-anexo IV)*** ☐ Declaração de inexistência de vínculo empregatício anterior com o IMAS preenchida e assinada ***(modelo-anexo V)*** ☐ Certidão negativa de falência ou recuperação judicial ☐ CNDT (Justiçado Trabalho)
DOCUMENTOS ESPECÍFICOS– MÉDICOS	☐ Certidão de regularidade no CRM/SC (**PJ e profissionais**) ☐ Diploma médico e registro profissional CRM/SC ☐ Certidão de Regularidade de inscrição emitido pelo CRM/SC ☐ Certidão de Regularidade Financeira emitido pelo CRM/SC ☐ Declaração de que todas/os as/os médicos prestadores de serviços pela empresa contratada fazem parte do quadro societário da empresa ***(modelo-anexo VI)*** ☐ Certidão de Responsabilidade Técnica da PJ

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)