



**TERMO DE PERMISSÃO GRATUITA DE USO DE BEM IMÓVEL
PROCESSO ADMINISTRATIVO N.º SES-PRO-2025/28354
CONTRATO DE GESTÃO N.º 090/2025/SES-MT**

TERMO DE PERMISSÃO DE USO GRATUITO DE BEM IMÓVEL QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE MATO GROSSO, POR MEIO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, E A SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN - SBIBHAE PARA OS FINS QUE MENCIONA.

O ESTADO DE MATO GROSSO, por meio da SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE/FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, com sede no Centro Político Administrativo, bloco 05, Cuiabá/MT, CNPJ n.º 04.441.389/0001-61, neste ato representado pelo Secretário de Estado de Saúde, SR. GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO, brasileiro, RG n.º ****5872 SESP/MT, CPF sob o n.º ***,***.451-53, doravante denominada PERMITENTE; e de outro lado a SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN - SBIBHAE, doravante denominada PERMISSONÁRIA, neste ato representada por seu/sua representante legal Diretor Presidente SIDNEY KLAJNER, brasileiro, médico, portador da CI/RG ***29.977-1 SSP-SP, inscrito no CPF n.º ***047.118-64 e por GILBERTO MAKTAS MEICHES, inscrito no RG n.º ***5702 SSP/SP, CPF n.º ***986.598-24, conforme autoriza o art. 22 do estatuto da entidade e as testemunhas qualificadas e assinadas ao final do presente, têm entre si, justo e avençado o presente TERMO DE PERMISSÃO GRATUITA DE USO DE BEM IMÓVEL, pelo que PERMITENTE E PERMISSONÁRIA nos termos da Lei Estadual n.º 11.109, de 20 de abril de 2020, obrigam-se às normas de direito público vigente, e as estipulações que seguem:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente instrumento tem por objeto permitir o uso gratuito do imóvel do Hospital Central de Alta Complexidade de Mato Grosso, exclusivamente para fins de gestão da referida unidade no âmbito do CONTRATO DE GESTÃO N.º 090/2025/SES-MT.

1.1.1. Identificação do imóvel:

Hospital Central de Alta Complexidade de Mato Grosso
Endereço: Rua G, s/nº, Bloco A, Centro Político Administrativo, Cuiabá-MT, CEP 78049-030

2. CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES

2.1. A PERMISSONÁRIA se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do SUS, obrigando-se a:

2.1.1. utilizar o bem imóvel exclusivamente para execução do objeto pactuado, podendo, somente em casos excepcionais, devidamente justificados e autorizados expressamente pela PERMITENTE, ser utilizados em outras ações vinculadas ao cumprimento do objeto social da PERMISSONÁRIA;

2.1.2. responsabilizar-se pela quitação de impostos dos bens imóveis sob permissão de uso, bem como de taxas, de despesas de consumo de água/energia/telefonia, de custos de assistência preventiva/corretiva, de valores por reparação por danos, bem como de ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado;

Página 1 de 3

Palácio Paiaguás, Rua D, s/n, Bloco 5, Centro Político Administrativo – CEP: 78.049-902
Cuiabá – Mato Grosso – Telefone: (65) 3613-5344 – E-mail: contratos@ses.mt.gov.br.





2.1.3. realizar manutenção preventiva e corretiva dos bens em permissão de uso, próprios ou locados, utilizados para a prestação do serviço, com reposições necessárias à manutenção, observando as diretrizes e responsabilidades específicas definidas nas normativas da legislação;

2.1.4. prover assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua nas instalações hidráulicas, elétricas, prediais e de gases em geral, observando as diretrizes e responsabilidades específicas definidas nas normativas da legislação;

Parágrafo único. A responsabilidade da PERMISSONÁRIA pela manutenção prevista nos itens 2.1.3 e 2.1.4 não afasta a incidência de eventuais garantias relacionadas à execução da obra, instalações ou fornecimento de equipamentos contratados pela SES/MT, devendo a PERMISSONÁRIA comunicar formalmente à SES/MT a ocorrência de falhas, vícios ou defeitos possivelmente abrangidos por tais garantias, para que sejam adotadas as providências cabíveis para seu acionamento, sem prejuízo do acompanhamento técnico das intervenções pela PERMISSONÁRIA.

2.1.5. vistoriar integralmente o imóvel, para assinatura do Termo de Aceite e recebimento de Obra do Hospital Central no momento oportuno;

2.1.6. no caso de rescisão ou extinção do contrato de gestão, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que os recebeu, respeitada suas depreciações naturais e os termos de vistoria;

2.1.7. não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento da PERMITENTE;

2.1.8. declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público de dar destinação diversa da prevista neste instrumento do imóvel ora cedido.

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA E DA PUBLICAÇÃO

3.1. O presente instrumento vigorará enquanto vigor o contrato de gestão ao qual estiver vinculado.

3.2. A PERMITENTE fará a publicação do extrato deste instrumento.

4. CLÁUSULA QUARTA - DAS ALTERAÇÕES

4.1. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do contrato, devendo, para tanto, ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

5. CLÁUSULA QUINTA - DAS BENFEITORIAS E DA VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pela PERMISSONÁRIA serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. A PERMITENTE deverá proceder vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pela PERMISSONÁRIA, das obrigações assumidas neste instrumento, independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

5.2.1. A PERMISSONÁRIA poderá, a qualquer momento, apresentar projetos para a melhoria e/ou ampliação dos serviços assistenciais, bem como para a estruturação física da unidade hospitalar, juntamente com cronograma de implementação, orçamento econômico-financeiro detalhado e demais documentos pertinentes, em conformidade com as normas da SES/MT.



Palácio Paiaguás, Rua D, s/n, Bloco 5, Centro Político Administrativo – CEP: 78.049-902
Cuiabá – Mato Grosso – Telefone: (65) 3613-5344 – E-mail: contratos@ses.mt.gov.br.

DocuSign Envelope ID: 01373CF8-7823-82D4-800E-38FD59BBD254

Secretaria
de Estado
de Saúde



GOVERNO DE
Mato
Grosso

SECRETARIA ADJUNTA DE AQUISIÇÕES E CONTRATOS

Superintendência de Aquisições e Contratos

Coordenadoria de Contratos

5.2.2. Os valores atinentes aos projetos de investimentos aprovados serão definidos em termo aditivo contratual, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrado a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

6. CLÁUSULA SEXTA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

6.1. O presente instrumento tem fundamento na Lei Estadual n.º 11.109, de 20 de abril de 2020, e nas cláusulas e condições estipuladas neste termo e no contrato de gestão ao qual estiver vinculado.

7. CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com **antecedência mínima de 60 (sessenta) dias**, retornando os bens ao status quo ante.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante **notificação prévia de 60 (sessenta) dias**, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexequível.

8. CLÁUSULA OITAVA - DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Cuiabá-MT como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

Cuiabá/MT, 01 de setembro de 2025

GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO
Secretaria de Estado de Saúde

Assinado por:

SIDNEY KLAJNER

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein

DocuSigned by:

GILBERTO MAKTAS MEICHES

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein



EXTERNOSCAP2026127869A



Palácio Paiaguás, Rua D, s/n, Bloco 5, Centro Político Administrativo – CEP: 78.049-902
Cuiabá – Mato Grosso – Telefone: (65) 3613-5344 – E-mail: contratos@ses.mt.gov.br.



Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 01373CF8-7823-82D4-800E-38FD59BBD254 Status: Concluído
Assunto: Assinar - Termo de Permissão Gratuita de Uso de Bem Imóvel - HCAC
NOME PARTE CONTRÁRIA: SES
DIRETORIA: CUIDADO PÚBLICO
TIPO DE DOCUMENTO: OUTROS
DEPARTAMENTO: HCAC
Envelope fonte:
Documentar páginas: 3 Assinaturas: 2 Remetente do envelope:
Certificar páginas: 5 Rubrica: 0 Patrícia Edwirges Martins
Assinatura guiada: Ativado AVENIDA ALBERT EINSTEIN, 627
Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado Sao Paulo, SP 05652-000
Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília Patricia.edwirges@einstein.br
Endereço IP: 45.166.227.2

Rastreamento de registros

Status: Original Portador: Patricia Edwirges Martins Local: DocuSign
12/05/2026 17:23:45 Patricia.edwirges@einstein.br

Eventos do signatário

GILBERTO MAKTAS MEICHES
gilbertomeiches@gmail.com
Vice-presidente
Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

Assinatura

DocuSigned by:

BE03B0FD23AB4CD...
Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado
Usando endereço IP:
2604:14c:184:8823:7cf7:c908:5597:7e0b
Assinado com o uso do celular

Registro de hora e data

Enviado: 12/05/2026 18:24:10
Visualizado: 12/05/2026 20:54:21
Assinado: 12/05/2026 20:54:40

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 12/05/2026 20:54:21
ID: be053c77-e698-4c38-84cc-db5a02354aab

Sidney Klajner
sidney.klajner@einstein.br
Presidente

Assinado por:

4BED05E7795E41A...

Enviado: 12/05/2026 18:24:10
Visualizado: 13/05/2026 04:57:39
Assinado: 13/05/2026 04:57:55

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma)

Adoção de assinatura: Desenhado no dispositivo
Usando endereço IP: 177.95.82.15
Assinado com o uso do celular

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 14/08/2024 19:18:46
ID: bb201353-2703-4b73-a973-9acd684aadfd

Eventos do signatário presencial	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de entrega do editor	Status	Registro de hora e data
Evento de entrega do agente	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega intermediários	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega certificados	Status	Registro de hora e data
Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data



Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	12/05/2026 18:24:11
Entrega certificada	Segurança verificada	13/05/2026 04:57:39
Assinatura concluída	Segurança verificada	13/05/2026 04:57:55
Concluído	Segurança verificada	13/05/2026 04:57:55
Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico		



Termos de Assinatura e Registro Eletrônico criado em: 30/11/2021 17:10:07
Partes concordam em: GILBERTO MAKTAS MEICHES, Sidney Klajner

ELECTRONIC RECORD AND SIGNATURE DISCLOSURE

From time to time, SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - DocuSign Europe Region (we, us or Company) may be required by law to provide to you certain written notices or disclosures. Described below are the terms and conditions for providing to you such notices and disclosures electronically through the DocuSign system. Please read the information below carefully and thoroughly, and if you can access this information electronically to your satisfaction and agree to this Electronic Record and Signature Disclosure (ERSD), please confirm your agreement by selecting the check-box next to 'I agree to use electronic records and signatures' before clicking 'CONTINUE' within the DocuSign system.

Getting paper copies

At any time, you may request from us a paper copy of any record provided or made available electronically to you by us. You will have the ability to download and print documents we send to you through the DocuSign system during and immediately after the signing session and, if you elect to create a DocuSign account, you may access the documents for a limited period of time (usually 30 days) after such documents are first sent to you. After such time, if you wish for us to send you paper copies of any such documents from our office to you, you will be charged a \$0.00 per-page fee. You may request delivery of such paper copies from us by following the procedure described below.

Withdrawing your consent

If you decide to receive notices and disclosures from us electronically, you may at any time change your mind and tell us that thereafter you want to receive required notices and disclosures only in paper format. How you must inform us of your decision to receive future notices and disclosure in paper format and withdraw your consent to receive notices and disclosures electronically is described below.

Consequences of changing your mind

If you elect to receive required notices and disclosures only in paper format, it will slow the speed at which we can complete certain steps in transactions with you and delivering services to you because we will need first to send the required notices or disclosures to you in paper format, and then wait until we receive back from you your acknowledgment of your receipt of such paper notices or disclosures. Further, you will no longer be able to use the DocuSign system to receive required notices and consents electronically from us or to sign electronically documents from us.

All notices and disclosures will be sent to you electronically



Unless you tell us otherwise in accordance with the procedures described herein, we will provide electronically to you through the DocuSign system all required notices, disclosures, authorizations, acknowledgements, and other documents that are required to be provided or made available to you during the course of our relationship with you. To reduce the chance of you inadvertently not receiving any notice or disclosure, we prefer to provide all of the required notices and disclosures to you by the same method and to the same address that you have given us. Thus, you can receive all the disclosures and notices electronically or in paper format through the paper mail delivery system. If you do not agree with this process, please let us know as described below. Please also see the paragraph immediately above that describes the consequences of your electing not to receive delivery of the notices and disclosures electronically from us.

How to contact SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - DocuSign Europe Region:

You may contact us to let us know of your changes as to how we may contact you electronically, to request paper copies of certain information from us, and to withdraw your prior consent to receive notices and disclosures electronically as follows:

To contact us by email send messages to: patricia.lugatto@einstein.br

To advise SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - DocuSign Europe Region of your new email address

To let us know of a change in your email address where we should send notices and disclosures electronically to you, you must send an email message to us at patricia.lugatto@einstein.br and in the body of such request you must state: your previous email address, your new email address. We do not require any other information from you to change your email address.

If you created a DocuSign account, you may update it with your new email address through your account preferences.

To request paper copies from SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - DocuSign Europe Region

To request delivery from us of paper copies of the notices and disclosures previously provided by us to you electronically, you must send us an email to patricia.lugatto@einstein.br and in the body of such request you must state your email address, full name, mailing address, and telephone number. We will bill you for any fees at that time, if any.

To withdraw your consent with SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - DocuSign Europe Region



To inform us that you no longer wish to receive future notices and disclosures in electronic format you may:

- i. decline to sign a document from within your signing session, and on the subsequent page, select the check-box indicating you wish to withdraw your consent, or you may;
- ii. send us an email to patricia.lugatto@einstein.br and in the body of such request you must state your email, full name, mailing address, and telephone number. We do not need any other information from you to withdraw consent.. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process..

Required hardware and software

The minimum system requirements for using the DocuSign system may change over time. The current system requirements are found here: <https://support.docusign.com/guides/signer-guide-signing-system-requirements>.

Acknowledging your access and consent to receive and sign documents electronically

To confirm to us that you can access this information electronically, which will be similar to other electronic notices and disclosures that we will provide to you, please confirm that you have read this ERSD, and (i) that you are able to print on paper or electronically save this ERSD for your future reference and access; or (ii) that you are able to email this ERSD to an email address where you will be able to print on paper or save it for your future reference and access. Further, if you consent to receiving notices and disclosures exclusively in electronic format as described herein, then select the check-box next to 'I agree to use electronic records and signatures' before clicking 'CONTINUE' within the DocuSign system.

By selecting the check-box next to 'I agree to use electronic records and signatures', you confirm that:

- You can access and read this Electronic Record and Signature Disclosure; and
- You can print on paper this Electronic Record and Signature Disclosure, or save or send this Electronic Record and Disclosure to a location where you can print it, for future reference and access; and
- Until or unless you notify SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - Docusign Europe Region as described above, you consent to receive exclusively through electronic means all notices, disclosures, authorizations, acknowledgements, and other documents that are required to be provided or made available to you by SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - Docusign Europe Region during the course of your relationship with SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA HOSPITAL ALBERT EINSTEIN S.A - Docusign Europe Region.

