

**DESCRIÇÃO DO PERFIL A SER SELECIONADO**

<b>Cargo</b>	MÉDICO
<b>Especialidade</b>	Cirurgia Pediátrica (Plantão e sobreaviso).
<b>Local de trabalho</b>	Unidade de Brusque – Imigrantes Hospital e Maternidade, com endereço na Rua pastor Sandrescky, n. 148, Centro, Bruque/SC. JR
<b>Horário de trabalho</b>	De segunda a sexta das 07:00 as 19:00 horas, e um final de semana no mês conforme escala pré-estabelecida entre a contratada e a contratante.
<b>Principais Funções</b>	Atendimento ambulatorial 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, realização de procedimentos cirúrgicos conforme agenda pré-estabelecida entre a contratada e a contratante, preencher documentos conforme padronização e necessidade da instituição.
<b>Remuneração</b>	R\$ 170,00/Hora plantão. R\$ 40,00/Hora Sobreaviso. R\$ 40,00 por consulta. Demais procedimentos 1 x o valor da tabela SUS para baixa, alta e média complexidade. Contemplando todos os códigos executados, sem anestesista.
<b>Requisitos necessários</b>	Checklist - Anexo I

**\*CONTRATAÇÃO PESSOA JURÍDICA - PJ**

**CRONOGRAMA DO CREDENCIAMENTO**

<b>Abertura do processo</b>	26/06/2025
<b>Prazo para envio</b>	28/06/2025 até 28/06/2026
<b>Avaliação</b>	De acordo com o recebimento de histórico profissional e checklist.
<b>Finalização do processo</b>	28/06/2026

O histórico profissional e a documentação do checklist devem ser enviados para o e-mail: [contratos@hospitalimigrantes.com.br](mailto:contratos@hospitalimigrantes.com.br).

No título do e-mail deve constar o nome do cargo.

Assinatura Eletrônica Simples  
Data: 26/06/2025

*Joice Ronsani*

Nome: JOICE RONSANI MARCELLINO  
Documento: 043.\*\*\*.\*\*\*-10

*JR*

**JOICE RONSANI MARCELLINO**  
Diretor (a) Administrativo Geral

**ANEXO I**

**CHECKLIST DA DOCUMENTAÇÃO DA INTERESSADA**

CHECKLIST DA DOCUMENTAÇÃO DA INTERESSADA	
<b>DOCUMENTOS JURÍDICOS E INSTITUCIONAIS</b>	<input type="checkbox"/> Contrato social e alterações <input type="checkbox"/> Cartão CNPJ <input type="checkbox"/> RG/CPF do representante legal <input type="checkbox"/> ART ou RT (quando aplicável) <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 (quando aplicável) <input type="checkbox"/> Certidão negativa de falência ou recuperação judicial <input type="checkbox"/> CNDT (Justiça do Trabalho) <input type="checkbox"/> Documentos de identificação dos profissionais prestadores (médicos)

**DOCUMENTOS  
ESPECÍFICOS -  
MÉDICOS**

- Certidão de regularidade no CRM/SC **(PJ e profissionais)**
- Diploma médico e CRM/SC.
- RQE e especialidades
- Declaração do responsável técnico
- Declaração de inexistência de vínculo com a Administração Pública
- Declaração de que o médico faz parte do quadro societário

JR

# Relatório de assinaturas

Bry Signer

**Título do documento:** Credenciamento (médico) especialidade de Cirurgia Pediátrica 003

Este relatório é resultado de um processo completo de assinatura utilizando produtos da Bry Tecnologia, sendo um formato destinado à verificação de evidências e portando deve ser usado apenas para conferência. A validade jurídica de uma assinatura feita eletronicamente só pode ser devidamente verificada em arquivos digitais.

Para validar, comparar, ou baixar outras versões deste documento, vá até o endereço

<https://app.brysigner.com.br/validate/a3443d21-682f-439c-9d0b-3f13fa9e77c6> e informe a senha de acesso disponibilizada a seguir.



Código de verificação:

**a3443d21-682f-439c-9d0b-3f13fa9e77c6**

Senha de acesso:

**VB8BCJVX**

## Lista de assinantes e eventos

O processo de assinatura obedeceu a seguinte ordem e obteve as evidências descritas abaixo:

- **Criação do processo de assinatura:** 26/06/2025 11:39:23 (BRT)  
**Nome:** Edivaldo Rodrigues Lacerda Neto  
**Email:** contratos@hospitalimigrantes.com.br
- **JOICE RONSANI MARCELLINO**  
**Assinante**  
**Tipo de assinatura:** Eletrônica Simples  
**Email:** diretoria@hospitalimigrantes.com.br  
**Assinado em:** 26/06/2025 11:43:50 (BRT)  
**IP:** 177.101.124.218  
**Geolocalização:** -27.096089,-48.9187396  
**Método de autenticação:** E-mail e senha  
**Assinatura Eletrônica Simples**  
**Data:** 26/06/2025  
  
**Nome:** JOICE RONSANI MARCELLINO  
**Documento:** 043.\*\*\*.\*\*\*-10
- **Finalização do processo de assinatura:** 26/06/2025 11:43:49 (BRT)



A Bry Tecnologia atesta que na data de emissão deste protocolo a cópia do documento que se mantém em nosso banco de dados possui as assinaturas e evidências citadas.

**Data de emissão do relatório:** 26/06/2025 11:49:10 (BRT)