

JR

**DESCRIÇÃO DO PERFIL A SER SELECIONADO**

<b>Cargo</b>	MÉDICO
<b>Especialidade</b>	Infectologista.
<b>Local de trabalho</b>	Unidade de Brusque – Imigrantes Hospital e Maternidade, com endereço na Rua pastor Sandrescky, n. 148, Centro, Bruque/SC.
<b>Horário de trabalho</b>	Conforme agenda pré-estabelecida entre a contratada e a contratante.
<b>Principais Funções</b>	<p><b>Detalhamento técnico referente ao serviço a ser contratado:</b></p> <p>Prestação de serviço médico em Infectologia, consulta em infectologia, hospitalar e ambulatorial de pacientes com infecções infectoparasitárias.</p> <p>Serviço de Controle de Infecções Hospitalares.</p> <p>Membro médico da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares.</p> <p>Atendimento de pacientes clínicos/infectologia em qualquer setor hospitalar sob demanda do hospital.</p> <p>Plantões clínicos Emergência/Enfermaria/UTI adulto conforme necessidade da contratante.</p> <p>Assessorar a investigação epidemiológica em colaboração com as equipes das unidades envolvidas e demais membros executores;</p> <p>Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos, em colaboração com os demais membros executores;</p> <p>Recomendar e/ou suspender precaução para pacientes na área hospitalar, de acordo com as normas de precauções padronizadas pelo SCIH;</p> <p>Assessorar a Diretoria Clínica sobre as questões relativas ao controle de infecções hospitalares; Participar das discussões de construção ou/e reforma na área física hospitalar, quando solicitado pela internação;</p> <p>Periodicamente fazer revisão nas Normas de Prevenção de Controle de Infecção Hospitalar;</p> <p>Elaborar os protocolos para consumo de antimicrobianos, com finalidade de racionalizar e otimizar o consumo em cada unidade;</p> <p>Manter o SCIH atualizado nas questões relativas ao controle de infecções hospitalares e uso de antimicrobianos;</p> <p>Executar o programa de uso racional de antimicrobianos;</p> <p>Assessorar a investigação epidemiológica em colaboração com as equipes das unidades envolvidas e demais membros executores;</p>

	<p>Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos, em colaboração com os demais membros executores;</p> <p>Recomendar e/ou suspender precaução para pacientes na área hospitalar, de acordo com as normas de precauções padronizadas pelo SCIH;</p> <p>Assessorar a Diretoria Clínica sobre as questões relativas ao controle de infecções hospitalares;</p> <p>Participar das discussões de construção ou/e reforma na área física hospitalar, quando solicitado pela internação;</p> <p>Periodicamente fazer revisão nas Normas de Prevenção de Controle de Infecção Hospitalar;</p> <p>Elaborar os protocolos para consumo de antimicrobianos, com finalidade de racionalizar e otimizar o consumo em cada unidade;</p> <p>Manter o SCIH atualizado nas questões relativas ao controle de infecções hospitalares e uso de antimicrobianos;</p> <p>Executar o programa de uso racional de antimicrobianos;</p> <p>Os médicos quando solicitados, deverão no prazo de 72 horas responder os pareceres médicos no prontuário eletrônico do paciente.</p>
<b>Remuneração</b>	R\$ 6.000,00 por mês, duas vezes por semana, 12 horas semanais, totalizando 48 horas mensal.
<b>Requisitos necessários</b>	Checklist - Anexo I

JR

**\*CONTRATAÇÃO PESSOA JURÍDICA - PJ**

<b>CRONOGRAMA DO CRENCIAMENTO</b>	
<b>Abertura do processo</b>	27/06/2025
<b>Prazo para envio</b>	29/06/2025 até 29/06/2026
<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.

*Joice Ronsani*

*JR*

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

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

**ANEXO I**

**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)
<b>DOCUMENTOS ESPECÍFICOS – MÉDICOS</b>	<input type="checkbox"/> Certidão de regularidade no CRM/SC ( <b><u>PI e profissionais</u></b> )  <input type="checkbox"/> Diploma médico e CRM/SC.  <input type="checkbox"/> RQE e especialidades  <input type="checkbox"/> Declaração do responsável técnico  <input type="checkbox"/> Declaração de inexistência de vínculo com a Administração Pública  <input type="checkbox"/> Declaração de que o médico faz parte do quadro societário

# Relatório de assinaturas

Bry Signer

**Título do documento:** Credenciamento (médico) especialidade de Infectologista. 007

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/6e18b45f-3c2c-483d-ab49-349e6f64e079> e informe a senha de acesso disponibilizada a seguir.



Código de verificação:

**6e18b45f-3c2c-483d-ab49-349e6f64e079**

Senha de acesso:

**VWWR1L7I**

## Lista de assinantes e eventos

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

-  **Criação do processo de assinatura:** 27/06/2025 16:42:06 (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:** 27/06/2025 16:46:25 (BRT)  
**IP:** 177.144.66.116  
**Geolocalização:** -28.6785536,-49.3584384  
**Método de autenticação:** E-mail e senha  
**Assinatura Eletrônica Simples**  
**Data:** 27/06/2025  
  
**Nome:** JOICE RONSANI MARCELLINO  
**Documento:** 043.\*\*\*.\*\*\*-10
-  **Finalização do processo de assinatura:** 27/06/2025 16:46:25 (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:** 27/06/2025 16:56:10 (BRT)