

| Descrição do perfil a ser selecionado | |
|---------------------------------------|---|
| Cargo | Médico |
| Especialidade | Medicina Endovascular |
| 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 | <p>Realizar atendimentos ambulatoriais e hospitalares na especialidade de Medicina Endovascular, incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação diagnóstica e indicação de procedimentos endovasculares; • Execução de procedimentos minimamente invasivos conforme protocolos institucionais; • Acompanhamento pós-procedimento e evolução em prontuário; • Atuação integrada com equipes de cirurgia vascular, hemodinâmica e demais especialidades correlatas; • Participação em discussões clínicas, reuniões técnicas e cumprimento das normas, rotinas e diretrizes institucionais. |
| Remuneração | <p>Convênios</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Consultas - 70% Fisioterapeuta / 30% hospital (valor de tabela negociado com a operadora) ✓ Procedimentos - 70% Fisioterapeuta / 30% hospital (valor de tabela negociado com a operadora) ✓ Pagamento - Conforme repasse, padrão saúde suplementar <p>Particular</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Consultas e Procedimentos - 70% Fisioterapeuta / 30% hospital – (valor de tabela negociado com a operadora) |
| Requisitos necessários | Checklist-Anexo I |

***CONTRATAÇÃO PESSOA JURÍDICA – PJ**

| CRONOGRAMA PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO | |
|---|--|
| Abertura do processo | 18/11/2025 |
| Prazo para envio | 18/11/2025 até 17/11/2026 |
| Avaliação | De acordo com o recebimento de histórico profissional. |
| Finalização do processo | 17/11/2026 |

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**

ANEXOI

CHECKLIST DA DOCUMENTAÇÃO DA INTERESSADA

| | |
|--|---|
| DOCUMENTOS JURÍDICOS E INSTITUCIONAIS | <input type="checkbox"/> Contrato social e última alteração <input type="checkbox"/> Cartão CNPJ <input type="checkbox"/> RG/CPF do representante legal <input type="checkbox"/> RT <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 confidencialidade e sigilo profissional do representante legal preenchida e assinada <input type="checkbox"/> Declaração de inexistência de vínculo empregatício anterior com o IMAS preenchida e assinada <input type="checkbox"/> Certidão negativa de falência ou recuperação judicial <input type="checkbox"/> CNDT (Justiçado Trabalho) |
| DOCUMENTOS ESPECÍFICOS- FISIOTERAPEUTAS | <input type="checkbox"/> Certidão de regularidade no CREFITO (PJ e profissionais) <input type="checkbox"/> Diploma e registro profissional ativo no CREFITO <input type="checkbox"/> Declaração de experiência profissional em Fisioterapia Pélvica <input type="checkbox"/> Certidão de Regularidade de inscrição emitida pelo CREFITO <input type="checkbox"/> Certidão de Regularidade Financeira emitida pelo CREFITO <input type="checkbox"/> Declaração de que todas/os as/os fisioterapeutas prestadores de serviços pela empresa contratada fazem parte do quadro societário da empresa <input type="checkbox"/> Certidão de Responsabilidade Técnica da PJ (quando exigida pelo CREFITO) |