

**DESCRIÇÃO DO PERFIL A SER SELECIONADO**

<b>Cargo</b>	MÉDICO
<b>Especialidade</b>	ORTOPEDISTA
<b>Local de trabalho</b>	CER IV
<b>Horário de trabalho</b>	8H SEMANAIS
<b>Principais Funções</b>	Realizar consultas 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.
<b>Remuneração</b>	RS 250,00 hora
<b>Requisitos necessários</b>	Checklist - Anexo I

**\*CONTRATAÇÃO PESSOA JURÍDICA - PJ**

<b>CRONOGRAMA PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO</b>	
<b>Abertura do processo</b>	03/11/2025
<b>Prazo para envio</b>	03/11/2025 a 31/12/2025
<b>Avaliação</b>	De acordo com o recebimento de histórico profissional e documentação.
<b>Finalização do processo</b>	31/12/2025

O **histórico profissional e a documentação do checklist** devem ser enviados para o e-mail: [milton.portoalegre@imas.net.br](mailto:milton.portoalegre@imas.net.br).

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

Milton Cesar Porto Alegre Dias Junior

**Milton Cesar Porto Alegre Dias**

Diretor Geral  
CER IV

**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/RS <b>(PI e profissionais)</b> <input type="checkbox"/> Diploma médico e CRM/RS <input type="checkbox"/> RQE e especialidades <input type="checkbox"/> Declaração de experiência profissional <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(s) médico(s) faze(m) parte do quadro societário

**ENVIAR PARA: adm.cer@imas.net.br**