

### DESCRIÇÃO DO PERFIL A SER SELECIONADO

<b>Cargo</b>	Médico Reumatologista
<b>Especialidade</b>	Reumatologia
<b>Local de trabalho</b>	<b>HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR COMANDANTE LARA RIBAS - HPM</b> Rua Maj. Costa, 221 - Centro, Florianópolis - SC, CEP: 88020-400.
<b>Horário de trabalho</b>	Conforme demanda
<b>Principais Funções</b>	Atendimentos ambulatoriais, avaliação diagnóstica, acompanhamento terapêutico e participação em Discussões clínicas multiprofissionais.
<b>Remuneração</b>	<p><b>Convênios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Consultas - 70% médico / 30% hospital (valor de tabela negociado com a operadora)</li> </ul> <p><b>Particular</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Consultas - 70% médico / 30% hospital – (valor de tabela negociado com a operadora)</li> </ul>
<b>Requisitos necessários</b>	Checklist-Anexo I

### \*CONTRATAÇÃO PESSOA JURÍDICA - PJ

<b>CRONOGRAMA PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO</b>	
<b>Abertura do processo</b>	14/11/2025
<b>Prazo para envio</b>	14/11/2025 até 13/11/2026
<b>Avaliação</b>	De acordo com o recebimento de histórico profissional.
<b>Finalização Do processo</b>	13/11/2026

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

<b>DOCUMENTOS JURÍDICOS E INSTITUCIONAIS</b>	<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)
<b>DOCUMENTOS ESPECÍFICOS- MÉDICOS</b>	<input type="checkbox"/> Certidão de regularidade no CRM/SC <b>(PJ e profissionais)</b> <input type="checkbox"/> Diploma médico e CRM/SC <input type="checkbox"/> Declaração de experiência profissional <input type="checkbox"/> Certidão de Regularidade de inscrição emitido pelo CRM/SC <input type="checkbox"/> Certidão de Regularidade Financeira emitido pelo CRM/SC <input type="checkbox"/> Declaração de que todos os médicos prestadores de serviços pela empresa contratada, fazem parte do quadro societário da empresa <input type="checkbox"/> Certidão de Responsabilidade Técnica da PJ