

**Descrição do Perfil a Ser Selecionado**

<b>Cargo</b>	MÉDICO
<b>Especialidade</b>	Cirurgião Urológico
<b>Local de trabalho</b>	Hospital Padre Luiz Heinen – Caxambu do Sul
<b>Horário de trabalho</b>	CONSULTA EM AMBULATÓRIO: Presencial - Conforme agendamento PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS: Presencial – Conforme agendamento
<b>Principais Funções</b>	<p><b>ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b></p> <p><b>Realização de Consultas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnese e Exame Físico: Coleta detalhada da história clínica do paciente e realização do exame físico urológico.</li> <li>• Diagnóstico: Avaliação e confirmação de doenças do trato urinário e do sistema reprodutor masculino e feminino.</li> <li>• Solicitação e Análise de Exames: Requisitar exames laboratoriais e de imagem e interpretar seus resultados para fundamentar o diagnóstico e o plano de tratamento.</li> </ul> <p><b>Tratamento Clínico e Prescrição:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plano Terapêutico: Definição e acompanhamento do tratamento clínico para condições como infecções urinárias, litíase, disfunções miccionais, hiperplasia prostática benigna e disfunção erétil.</li> <li>• Prescrição: Emissão de receitas, atestados e relatórios médicos.</li> </ul> <p><b>Preparação Pré-Cirúrgica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicação Cirúrgica: Avaliação da necessidade de procedimento cirúrgico, explicando os riscos, benefícios e alternativas ao paciente.</li> <li>• Preparo: Solicitação de exames pré-operatórios e orientações específicas para que o paciente esteja clinicamente apto para a cirurgia.</li> </ul> <p><b>Pós-Operatório Ambulatorial:</b></p>

- Seguimento: Realização de consultas de retorno após a alta hospitalar para acompanhamento da cicatrização, retirada de pontos/drenos, ajuste de medicações e avaliação da recuperação cirúrgica.

## PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

### Execução Cirúrgica:

- **Realização de Cirurgias:** Efetuar procedimentos urológicos, conforme a agenda prévia e a necessidade clínica, utilizando as técnicas cirúrgicas apropriadas.
- **Adesão ao Protocolo de Cirurgia Segura:** Cumprimento rigoroso do *check-list* cirúrgico.

### Cuidados Pós-Operatórios Hospitalares:

- **Evolução Clínica:** Acompanhamento diário (visita) dos pacientes internados no pós-operatório, monitorizando a recuperação, identificando e tratando complicações.
- **Prescrição Hospitalar:** Elaboração da prescrição médica, incluindo medicações, dieta, cuidados de enfermagem e orientações de fisioterapia.
- **Planejamento da Alta:** Avaliar as condições do paciente para alta hospitalar e definir o plano de cuidados e acompanhamento ambulatorial pós-alta.

- |             |  |
|-------------|--|
| Remuneração | <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>CONSULTA AMBULATORIAL:</b> R\$ 40,00 por consulta</li><li>• <b>PROCEDIMENTO CIRURGICO SEQUENCIAL – 1º PROCEDIMENTO – conforme ANEXO II:</b><ul style="list-style-type: none"><li>• P - R\$ 300,00</li><li>• M - R\$ 400,00</li><li>• G - R\$ 500,00</li><li>• GG - R\$ 700,00</li></ul></li><li>• <b>PROCEDIMENTO CIRURGICO Sequencial – 2º Procedimento:</b> 70%</li></ul> |
|-------------|--|

	tabela SIGTAP. • <b>PROCEDIMENTO CIRURGICO Sequencial - A Partir De 3º</b> <b>Procedimento:</b> 70% tabela SIGTAP.
<b>Requisitos necessários</b>	Checklist - Anexo I

**\*CONTRATAÇÃO PESSOA JURÍDICA - PJ**

CRONOGRAMA DO CREDENCIAMENTO	
<b>Abertura do processo</b>	04/11/2025
<b>Prazo para envio</b>	04/11/2025 até 07/11/2025
<b>Avaliação</b>	De acordo com o recebimento de histórico profissional e checklist.
<b>Finalização do processo</b>	10/11/2025

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

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

---

**JEAN CARLOS PAULO KUNZ**  
 Diretor Administrativo  
 IMAS – HOSPITAL PADRE LUIZ HEINEN

## 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"/> Declaração de confidencialidade e sigilo profissional <input type="checkbox"/> Declaração de inexistência de vínculo empregatício anterior com o IMAS <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>(PJ e profissionais)</b> <input type="checkbox"/> Certidão de Regularidade Financeira atual emitido pelo CRM/UF <input type="checkbox"/> Documentos de identificação de todos os profissionais médicos envolvidos na prestação dos serviços (RG e CPF) <input type="checkbox"/> Cédula de Identificação do(s) profissional(is) Médico - CRM/UF <input type="checkbox"/> Certidão de Regularidade de Inscrição atual ou Protocolo de inscrição emitida pelo CRM/UF do(s) profissional(is) <input type="checkbox"/> Diploma médico e CRM/SC <input type="checkbox"/> RQE e especialidades <input type="checkbox"/> Certidão de Responsabilidade Técnica da PJ <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

## ANEXO 2

PROCEDIMENTOS	CLASSIFICAÇÃO
CAPSULECTOMIA RENAL	GG
CISTECTOMIA PARCIAL	GG
CISTOENTEROPLASTIA	GG
CISTOLITOTOMIA E/OU RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA BEXIGA	M
CISTOPLASTIA (CORRECAO DE EXTROFIA VESICAL)	GG
CISTORRAFIA	G
CISTOSTOMIA	P
CORRECAO DE EPISPADIA	GG
CORRECAO DE HIOPSPADIA	GG
DIVERTICULECTOMIA VESICAL	GG
DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOLSA ESCROTAL	G
DRENAGEM DE ABSCESSO RENAL/PERI	GG
EPIDIDIMECTOMIA	M
ESPERMATOCELECTOMIA	M
EXERESE DE CISTO DE EPIDIDIMO	M
EXERESE DE LESAO DO CORDAO ESPERMÁTICO	M
EXPLORACAO CIRURGICA DA BOLSA ESCROTAL	G
EXTRACAO ENDOSCOPICA DE CALCULO EM PELVE RENAL	GG
IMPLANTE DE CATETER TIPO TENCKHOFF OU SIMILARP / DPA / DPAC	M
INJECAO DE GORDURA / TEFLON PERI-URETRAL	G
INSTALACAO ENDOSCOPICA DE CATETER DUPLO J	G
LITOTripsIA	GG
MEATOTOMIA SIMPLES	P
NEFRECTOMIA PARCIAL	GG
NEFRECTOMIA TOTAL	GG
NEFROLITOTOMIA	GG
NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA	GG

NEFROPIELOSTOMIA	GG
NEFROSTOMIA C/ OU S/ DRENAGEM	G
NEFROSTOMIA PERCUTANEA	G
NEFROURETERECTOMIA TOTAL	GG
NEOSTOMIA DE EPIDIDIMO / CANAL DEFERENTE	G
ORQUIDOPEXIA BILATERAL	M
ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	M
ORQUIECTOMIA SUBCAPSULAR BILATERAL	M
ORQUIECTOMIA UNILATERAL	G
ORQUIECTOMIA UNI OU BILATERAL C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	GG
PIELOLITOTOMIA	GG
PIELOPLASTIA	GG
PIELOTOMIA	GG
POSTECTOMIA	M
PLASTICA TOTAL DO PÊNIS	GG
PROSTATECTOMIA SUPRAPÚBICA	GG
PROSTATO VESICULECTOMIA RADICAL	GG
REPARACAO E OPERACAO PLASTICA DO TESTICULO	M
RESSECCAO DE CARUNCULA URETRAL	G
RESSECCAO DE PROLAPSO DA MUCOSA DA URETRA	G
RESSECCAO DO COLO VESICAL / TUMOR VESICAL A CEU ABERTO	GG
RESSECCAO E FECHAMENTO DE FISTULA URETRAL	GG
RESSECCAO ENDOSCOPICA DE LESAO VESICAL	GG
RESSECCAO ENDOSCOPICA DE PROSTATA	GG
RESSECCAO PARCIAL DA BOLSA ESCROTAL	G
RETIRADA DE CATETER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA	P
RETIRADA PERCUTANEA DE CALCULO URETERAL C/ CATETER	GG
TRATAMENTO CIRURGICO DE BEXIGA NEUROGENICA	GG
TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULAS URETERAIS	GG
TRATAMENTO CIRURGICO DE FISTULA VESICO	GG

TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMORRAGIA VESICAL (FORMOLIZACAO DA BEXIGA)	G
TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	G
TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL	GG
TRATAMENTO CIRURGICO DE REFLUXO VESICO-URETERAL	G
TRATAMENTO CIRURGICO DE TORCAO DO TESTICULO /DO CORDAO ESPERMATICO	M
TRATAMENTO CIRURGICO DE URETEROCELE	G
TRATAMENTO CIRURGICO DE VARICOCELE	M
URETERECTOMIA	GG
URETEROCISTONEOSTOMIA	GG
URETEROENTEROSTOMIA	GG
URETEROLITOTOMIA	GG
URETEROLITOTripsia TRANSURETEROSCOPICA	GG
URETEROPLASTIA	GG
URETEROSTOMIA CUTANEA	G
URETROPLASTIA (RESSECCAO DE CORDA)	GG
URETROPLASTIA AUTOGENA	GG
URETROPLASTIA HETEROGENEA	GG
URETROSTOMIA PERINEAL / CUTANEA /EXTERNA	G
URETROTOMIA INTERNA	G
VASECTOMIA	M