

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO DE NOVOS COOPERADOS

Edital do Processo de Admissão de Novos Cooperados da Unimed Imperatriz Cooperativa de Trabalho Médico - Edital N° 001/2018, 01 de dezembro de 2018.

Imperatriz MA, 01 de Dezembro de 2018.

A Diretoria Executiva da UNIMED IMPERATRIZ COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, no uso das atribuições conferidas e de conformidade com a Lei nº 5.764 de 16 de Dezembro de 1971 e com o seu Estatuto Social, torna público aos interessados, que a UNIMED IMPERATRIZ realizará o Processo Seletivo Público de Novos Cooperados para o preenchimento de vagas no seu quadro de Cooperados, em diversas especialidades, nas localidades relacionadas no Quadro Demonstrativo de Vagas deste Edital.

1. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. O processo de admissão será regido por este edital e eventuais retificações e a sua execução caberá a diretoria executiva da Unimed Imperatriz.
- 1.2. O processo destina-se ao preenchimento de 232 vagas, descritas no ANEXO I, para prestação de serviços médicos a rede da Unimed Imperatriz, adquirindo os candidatos aprovados a condição de médicos cooperados.

2. DO CRONOGRAMA DO PROCESSO

PERÍODO DE INSCRIÇÃO E ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO	03/12/2018 a 14/12/2018
REUNIÃO DO CONSELHO TÉCNICO	18/12/2018
REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	20/12/2018
DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DA PRIMEIRA ETAPA	21/12/2018
CURSO DE FORMAÇÃO DE NOVOS COOPERADOS	1ª QUINZENA DE 2019. DATA A DEFINIR

DIVULGAÇÃO DO RESULTADO FINAL DA SELEÇÃO	5 DIAS APÓS O SEMINÁRIO DE FORMAÇÃO
--	-------------------------------------

3. DOS PRÉ REQUISITOS PARA PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO

- 3.1. Ser profissional médico regularmente inscrito no CRM MA;
- 3.2. Ser detentor de Título de Especialista na especialidade proposta regularmente registrado no CRM (RQE);
- 3.3. Ter livre disposição de sua pessoa e de seus bens;
- 3.4. Exerça a Medicina dentro da área de atuação da Unimed Imperatriz há pelo menos 1 ano;
- 3.5. Tenha conhecimento e concorde com o Estatuto da Unimed Imperatriz;

4. PROCESSO DE INSCRIÇÃO

4.1. O candidato deverá preencher e assinar devidamente a proposta de admissão fornecida pela Cooperativa disponível no ANEXO III deste edital. A proposta de admissão também deverá ser assinada por quatro (04) médicos cooperados com mais de 04 (quatro) anos de admissão na Cooperativa, exceto atuais membros dos conselhos fiscal, técnico e administrativo, sendo pelo menos dois (02) da especialidade em que o candidato pretende preencher, os quais deverão abonar o seu ingresso na Cooperativa. Na ausência de médico cooperado na especialidade pretendida pelo candidato, o abono poderá ser realizado por quatro (04) médicos cooperados de especialidade diversa da pretendida.

4.2. A proposta de admissão deverá ser entregue no prazo definido no edital acompanhada no mínimo de cópia autenticada dos seguintes documentos:

I – RG, CPF, Título de eleitor e comprovante endereço;

II - Certidão negativa de protestos e antecedentes civis e criminais (estadual e federal);

III - Diploma de graduação em Medicina, de acordo com as formalidades legais;

IV - Inscrição regular no Conselho Regional de Medicina do Estado do Maranhão acompanhado do comprovante de regularidade;

V - Titulação de acordo com a Resolução nº 1.763/05 do Conselho Federal de Medicina, ou de outra que venha a substituí-la, nas especialidades e áreas de atuação em que se propõe a atuar e que sejam aquelas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou Associação Médica Brasileira e Comissão Nacional de Residência Médica (MEC) que:

a) Atenda ao requisito do título de especialista, exigido pelo *item V* deste artigo, um dos seguintes documentos ou outro que, por determinação futura dos órgãos reguladores competentes venham substituí-los:

a.1 - certificado de conclusão de residência médica em programa credenciado pela comissão nacional de residência médica (MEC), na especialidade que o cooperado pretenda exercer dentro da sociedade;

a.2 - título de especialista expedido pela Associação Médica Brasileira na especialidade que o pretende exercer dentro da sociedade, com registro no Conselho Regional de Medicina;

a.3 - título de especialista expedido por sociedade médica brasileira da especialidade que o sócio pretenda exercer dentro da sociedade, com registro no Conselho Regional de Medicina.

VI - Comprovação de 01 (um) ano de exercício profissional na área de abrangência, tendo como base a data de entrega da documentação;

VII – Comprovação de inscrição e adimplência como contribuinte do Imposto Sobre Serviços (ISS) na sua cidade de atuação e que esteja na área de ação da Cooperativa;

VIII- Comprovação de inscrição e adimplência como segurado autônomo perante o Instituto Nacional de Previdência Social (INSS), de acordo com as disposições legais;

IX– Declaração comprobatória da condição de sócio, junto a Associação Médica de Imperatriz – AMI, assim como declaração emitida pela referida sociedade atestando regularidade no pagamento das contribuições a ela devidas, quando se tratar de médico com atividade na cidade de Imperatriz/MA;

X – Comprovante de que possui conta no Banco Sicredi de Imperatriz. Poderá ser dispensada na inscrição, mas será obrigatória caso a admissão seja aprovada.

XI – Declaração de Pleno conhecimento e aceitação do Estatuto Social disponibilizado no site da Unimed Imperatriz como ANEXO IV deste edital.

XII – Declaração de conhecimento e aceitação dos valores obrigatórios a serem subscritos no capital social da cooperativa referentes a sua cota parte. Modelo no ANEXO V

XIII – Declaração de ciência e concordância quanto a obrigatoriedade de participar da escala de sobreaviso do Hospital Unimed, dentro de sua especialidade. Modelo no ANEXO VI

4.3 A documentação será entregue completa no setor de relacionamento com cooperados na sede da Unimed Imperatriz em horário das 08-12hs e das 14-18hs de segunda a sexta feira. A documentação será vistoriada no momento de sua entrega e somente serão recebidas documentações completas.

4.4. Uma vez aceita a documentação será gerado um boleto da taxa de inscrição no valor de R\$ 250,00 (Duzentos e cinquenta reais) com prazo de pagamento até a data de análise dos documentos pelo conselho técnico. O não pagamento do boleto impossibilita a participação do candidato nas fases seguintes do processo.

5. DAS ETAPAS DO PROCESSO DE SELEÇÃO

5.1. Avaliação pelo Conselho Técnico – Fará a análise técnica da documentação apresentada pelos candidatos com emissão de parecer individualizado para cada candidato e posterior encaminhamento ao Conselho de Administração

5.2. Homologação pelo Conselho de Administração – Uma vez encaminhada do Conselho Técnico o parecer de cada candidato, o Conselho de Administração avaliará se a proposta atende aos termos do edital homologando ou não a admissão do candidato;

5.3. Seminário de Formação – Todos os candidatos com admissão homologada pelo Conselho de administração deverão obrigatoriamente participar do Seminário de Formação de novos cooperados a ser realizado na cidade de Imperatriz. Será realizado um teste de conhecimento ao final do seminário para avaliação do nível de entendimento do candidato dos assuntos ministrados. A não participação do candidato no seminário torna sem efeito a decisão do Conselho de Administração, ocorrendo assim automaticamente o indeferimento de sua proposta de admissão.

- 5.3.1. No caso de haverem mais candidatos em determinada área além das vagas oferecidas a nota do teste realizado no seminário será o critério de desempate. Permanecendo o empate será admitido o candidato com maior idade no dia do seminário.

6. DO RESULTADO

O resultado final do processo será divulgado no site da cooperativa em até 5 dias após a realização do seminário com definição da data de assinatura do livro de Matrícula pelos novos cooperados, iniciando nesta data seu estágio probatório de 3 anos conforme Art. 15º do Estatuto Social da Unimed.

7. DOS ANEXOS

Compõem este edital 6 anexos conforme descritos abaixo

ANEXO I – Vagas por especialidade e por cidade;

ANEXO II – Estatuto Social da Unimed Imperatriz;

ANEXO III – Proposta de Admissão;

ANEXO IV – Declaração de Conhecimento do Estatuto da Unimed Imperatriz;

ANEXO V – Declaração de ciência dos valores de cotas parte;

ANEXO VI – Declaração de ciência da obrigatoriedade de escala no hospital da Unimed;

[LINK DE DOWNLOAD DO ESTATUTO UNIMED IMPERATRIZ](#)



Romulo Lopes
Diretor Presidente
Unimed Imperatriz

ANEXO I

DEMONSTRATIVO DE VAGAS POR CIDADE E ESPECIALIDADE

Especialidade	Quadro demonstrativo de N° de Vagas por Município					
	IMPERATRIZ	SÃO LUIS	AÇAILÂNDIA	BALSAS	PORTO FRANCO	GRAJAÚ
Alergia e Imunologia	1	1	1	1	1	1
Alergia e Imunologia Pediátrica	1	1	1	0	0	0
Anestesiologia	1	3	2	2	2	0
Arritmologista	1	1	0	0	0	0
Cardiologia		2	1	1	1	1
Cardiologia Pediátrica	1	1	0	0	0	0
Cirurgia Cardiovascular	1	1	0	0	0	0
Cirurgia do Aparelho Digestivo	2	2	1	0	0	0
Cirurgia Geral	5	2	1	1	1	1
Cirurgia Pediátrica	0	1	1	1	1	1
Cirurgia Plástica	1	1	1	0	0	0
Cirurgia Torácica	1	1	0	0	0	0
Clínica Médica	5	5	2	2	1	1
Coloproctologia	1	1	0	0	0	0
Endocrinologia e Metabologia	3	2	1	1	1	1
Endocrinologia Pediátrica	1	1	0	0	0	0
Gastroenterologia	1	1	0	0	0	0
Gastroenterologia Pediátrica	1	1	0	0	0	0
Genética Médica	1	1	0	0	0	0
Ginecologia e Obstetrícia	5	3	2	2	1	1
Hematologia e Hemoterapia	1	1	0	0	0	0
Hematologista Pediátrica	1	1	0	0	0	0
Hepatologia	1	1	0	0	0	0

Infectologia	2	2	1	0	0	0
Mastologia	2	2	1	0	0	0
Medicina da Família e Comunidade	4	4	1	1	1	1
Medicina Intensiva	10	0	0	0	0	0
Nefrologia	2	2	1	1	0	0
Neurocirurgia	2	2	1	1	0	0
Neurologia	2	2	1	1	0	0
Neurologia Pediátrica	1	1	0	0	0	0
Oncologia Pediátrica	1	1	0	0	0	0
Ortopedia Oncológica	1	1	0	0	0	0
Ortopedia Pediátrica	1	1	0	0	0	0
Otorrinolaringologia	4	2	1	1	1	1
Pediatria	10	4	2	2	1	1
Pneumologia	2	2	1	1	0	0
Pneumologia Pediátrica	1	1	0	0	0	0
Psiquiatria	3	2	1	1	1	1
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	5	2	1	1	1	1
Reumatologia	1	1	0	0	0	0
Reumatologia Pediátrica	1	1	0	0	0	0
TOTAL	91	68	26	21	14	12



www.unimedimperatriz.com.br

Rua Ceará, 701
65901-610 - Centro - Imperatriz - MA
T(99) 3525-3398



ANEXO III

PROPOSTA DE ADMISSÃO DE COOPERADO

NOME: _____

NACIONALIDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

DATA NASCIMENTO _____ RG _____ CPF _____

CRM MA _____ RQE _____

ANO DE FORMATURA: _____

ANO DE CONCLUSÃO DA FORMAÇÃO NA ESPECIALIDADE: _____

ESPECIALIDADE QUE DESEJA EXERCER NA COOPERATIVA(S): _____

LOCAL DE ATENDIMENTO E HÁ QUANTO TEMPO: _____

HOSPITAL DE ATENDIMENTO E HÁ QUANTO TEMPO: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

TELEFONE DE CONTATO: _____

EMAIL DE CONTATO: _____

Imperatriz (MA), ____/____/____

Assinatura do Proponente



www.unimedimperatriz.com.br

Rua Ceará, 701
65901-610 - Centro - Imperatriz - MA
T(99) 3525-3398



COOPERADOS QUE CONCORDAM COM A SOLICITAÇÃO ACIMA

1. NOME: _____

ASS. _____

2. NOME: _____

ASS. _____

3. NOME: _____

ASS. _____

4. NOME: _____

ASS. _____

ANEXO IV

AO

**CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA UNIMED IMPERATRIZ –
Cooperativa de Trabalho Médico.**

DECLARAÇÃO

Declaro ter lido e estar em concordância com os termos do Estatuto Social da UNIMED IMPERATRIZ – Cooperativa de Trabalho Médico, o qual me foi apresentado e tenho conhecimento, bem como a inexistência de atividades colidentes ou prejudiciais com a exercida pela Cooperativa. Assumo o compromisso de não ser proprietário, associado, credenciado ou prestador de serviços de pessoas físicas ou jurídicas de qualquer natureza (civil, comercial, pública ou privada), que explore, direta ou indiretamente, contanto que com fins econômicos, o trabalho médico, ressalvadas, na condição de empregado, as hipóteses de contrato de trabalho devidamente formalizado por escrito e a vinculação aos serviços de diagnóstico, terapia e pronto-socorro.

Por ser verdade, firmo o presente.

Imperatriz-MA, ____ de __ de ____.

Assinatura do Proponente

ANEXO V

AO

**CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA UNIMED IMPERATRIZ –
Cooperativa de Trabalho Médico.**

DECLARAÇÃO

Declaro ser de meu interesse pertencer ao quadro de médicos cooperados da UNIMED IMPERATRIZ – Cooperativa de Trabalho Médico, adquirindo cotas partes, conforme normas estatutárias e com ciência de seu valor atual nesta data de R\$ 100.00,00(Cem mil reais).

Imperatriz- MA, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Proponente

ANEXO VI

AO

**CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA UNIMED IMPERATRIZ –
Cooperativa de Trabalho Médico.**

DECLARAÇÃO

Declaro estar em concordância com os termos do Estatuto Social da UNIMED IMPERATRIZ – Cooperativa de Trabalho Médico, o qual me foi apresentado e tenho conhecimento, bem como durante todo o período de aspirante o profissional deverá obrigatoriamente compor a equipe de sobreaviso do Hospital da Unimed Imperatriz, salvo se houver impossibilidade de vaga em escala, quando terá sua dispensa homologada pela direção clínica e técnica do hospital.

Por ser verdade, firmo o presente.

Imperatriz- MA, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Proponente