

CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 12/2020 **Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19**

O Presidente da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais **TORNA PÚBLICO** que estará aberto o Chamamento Público Emergencial nº 12/2020, a partir das 08h00min (conforme horário de Brasília) do dia 24 de abril de 2020 até as 17h00hmin (conforme horário de Brasília) do dia 28 de abril de 2020, por meio do recebimento de inscrições conforme estabelecido no teor deste Chamamento, para desempenho de atividades funcionais no **Hospital Alberto Cavalcanti – HAC**, da rede FHEMIG. Trata-se de contratação **temporária e imediata** de profissionais conforme estabelecido no **Quadro de Vagas, Anexo II**, autorizadas por meio do Ofício COFIN nº 0196/2020, de 23 de março de 2020.

Todas as informações necessárias para a **inscrição dos interessados** estão dispostas abaixo:

1. Esta contratação se dará por meio de assinatura de contrato administrativo, em conformidade com o **Inciso I**, art. 2 da Lei 18.185/2009, por tempo determinado de **até 90 (noventa) dias**, para prestação de serviços técnicos especializados na área de saúde de acordo com o determinado pela referida Lei, bem como pelo Decreto nº 45.155/2009 – inciso I do art. 2.
2. Somente serão considerados aptos a participarem desta seleção, os candidatos que apresentarem como **PRÉ-REQUISITO**:
 - 2.1 para a função de **Médico**: conclusão do curso de graduação de nível superior em **Medicina** concluído em instituição de ensino reconhecida pelos sistemas federal ou estaduais de ensino e devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - CRM-MG, **ACUMULADO** com Certificado de Conclusão da Residência Médica ou Especialização Latu Senso ou Título de Especialidade Médica emitido pela Associação Médica Brasileira – AMB (original e cópia), nos termos da Resolução CFM nº 1.845/2008, publicada em 17/07/2008, em **Terapia Intensiva ou Infectologia ou Clínica Médica ou Anestesiologia**, devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - CRM-MG. **NÃO SERÁ** aceito que a referida especialidade ainda não esteja registrada no Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais – CRMMG.
 - 2.2 Para a função de **Técnico de Enfermagem**: conclusão de curso de educação profissional, de nível médio, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, correspondente à área de **Técnico em Enfermagem**, concluído em instituição de ensino reconhecido pelo sistema federal ou pelo sistemas estaduais ou municipais de ensino, e pelo MEC, e registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais.

3. Os candidatos que não apresentarem os comprovantes relativos ao **pré-requisito** serão **automaticamente excluídos** do processo.
4. Os candidatos que obtiverem pontuação inferior ao valor atribuído ao tempo mínimo de experiência profissional pontuado, conforme estabelecido no **Anexo III**, serão **automaticamente excluídos** do processo, exceto para a função de médico.
5. Além dos pré-requisitos, os candidatos deverão enviar o currículo padrão, de acordo com a função para a qual está concorrendo, constante no **Anexo I**, bem como, **cópia de todos** os comprovantes relativos às informações prestadas pelo candidato, no ato do preenchimento do currículo padrão.
6. As inscrições enviadas fora do período estabelecido neste chamamento serão **automaticamente excluídos** do processo.
7. Para realizar a **inscrição** no Chamamento Público Emergencial, o **candidato deverá escanear e encaminhar os documentos que comprovam o Pré-Requisito**, conforme descrito no **Item 2**, e as **Informações Curriculares**, conforme descrito no **Anexo III**, para o **e-mail** indicado no **Item 4**. O currículo padrão, de acordo com a função para a qual está concorrendo, constante no **Anexo I** deve ser **impresso, preenchido e assinado pelo candidato**, e encaminhado juntamente com a cópia de toda documentação comprobatória do Pré- Requisito e das Informações Curriculares. O e-mail deverá ter o **Título: “Número do Chamamento, nome completo do candidato e a função”** para a qual está se inscrevendo. Os candidatos deverão se inscrever no Chamamento Público Emergencial por meio do e- mail **hac.psscovid@fhemig.mg.gov.br**, a partir das **08h00min do dia 24 de abril de 2020 até as 17h00min do dia 28 de abril de 2020**.
8. Os candidatos que **não encaminharem a documentação comprobatória do Pré-Requisito e o currículo padrão** devidamente preenchido e assinado estarão automaticamente **excluídos do processo**.
9. As inscrições enviadas fora do período estabelecido neste Chamamento serão automaticamente excluídas desta Seleção;
 - 9.1 O candidato receberá após o envio da documentação, via e-mail, uma mensagem de confirmação de inscrição, no prazo máximo de 4h após o recebimento do e-mail.
10. Caso o candidato envie currículo e documentação para o e-mail informado e não receba a mensagem de confirmação de inscrição após 4 horas do envio, deverá o mesmo ligar ou mandar mensagens via WhatsApp para (31) 3469-1828 e checar o ocorrido, sob pena de não ter sua inscrição efetuada. O telefone para contato estará disponível no horário de 08h00min

às 12h00min e de 13h30min as 16h00min nos dias da inscrição. Ressaltamos que o canal de atendimento é **exclusivamente** para confirmação de inscrição, não dispondo de maiores informações.

10.1 Será assegurado o acesso a um computador às pessoas que não tiverem acesso à internet, nos dias 24 e 28 de abril de 2020, de 08h00min às 12h00min e de 13h30min as 16h00min, para que possam inscrever-se neste Processo Seletivo, sendo de exclusiva responsabilidade do candidato realizar a inscrição nos termos deste Chamamento Público. Os candidatos terão acesso ao computador apenas para enviarem a documentação por E-MAIL, SENDO DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DO CANDIDATO IMPRIMIR A FICHA DE INSCRIÇÃO E ESCANEAR OS DOCUMENTOS. NÃO SERÁ DISPONIBILIZADO IMPRESSORA E SCANNER. O local de acesso ao computador será no Serviço de gestão de Pessoas do Hospital Alberto Cavalcanti, situado à Rua Camilo de Brito, 636 – Padre Eustáquio, Belo Horizonte/MG – CEP 30.730-540.

11. O quadro de vagas ofertadas neste chamamento e o vencimento básico por cargo estão disponíveis no **Anexo II** deste chamamento.

12. Os critérios de classificação e desempate estarão estabelecidos no **Anexo III** deste chamamento.

13. DO EXAME MÉDICO PRÉ- ADMISSIONAL

13.1 – O selecionado **convocado para assinatura de Contrato Administrativo** deverá se submeter a exame médico pré-admissional, devendo o mesmo escolher uma das formas abaixo descritas para obter seu Atestado de Saúde Ocupacional:

13.1.1 Comparecer a **MEDWORK**, situada na Av. Amazonas nº 2285, Santo Agostinho, nos dias **04 ou 05 de Maio de 2020**, conforme estabelecido no **item 13.3**, por meio do qual serão avaliadas as condições de saúde física e mental para o exercício da função, oportunidade em que será emitido o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO.

13.1.2 No ato de submissão ao exame médico pré-admissional o selecionado deverá apresentar:

10.1.2.1. Documento original de identidade, com foto e assinatura;

10.1.2.2. Cartão de vacinação contra “hepatite B”; dT- difteria/tétano, dupla viral ou tríplex viral;

10.1.2.3. Resultado dos seguintes exames laboratoriais, **realizados a expensas do candidato**:

a. Hemograma completo, com contagem de plaquetas;

- b. Glicemia de jejum;
- c. Urina rotina;
- d. Anti-HBS quantitativo (**excepcionalmente**, se o resultado desse exame não for disponibilizado pelo laboratório onde o convocado realizou o exame, em tempo hábil para a assinatura do contrato, deverá o mesmo assinar o **Termo de Responsabilidade** para entrega posterior do resultado, disponibilizado pela GSST);

10.1.3. Somente serão aceitos resultados originais dos exames, com assinatura e identificação do responsável técnico do laboratório e nome e identidade do candidato.

10.1.4. Os exames descritos nos subitens 10.5.1, 10.5.2, 10.5.3 e 10.5.4, somente serão aceitos se realizados no prazo máximo de 90 (noventa) dias anteriores à data de marcação da perícia médica.

10.1.5. Os candidatos deverão realizar os exames solicitados em laboratórios / clínicas de sua preferência.

10.1.6. Nas avaliações periciais poderão ser exigidos novos exames e/ou testes complementares, que também correrão a expensas do candidato.

10.1.7. Na avaliação admissional todos os candidatos deverão responder ao questionário de antecedentes clínicos.

10.2. **OU** O selecionado **convocado para assinatura de Contrato Administrativo** poderá optar pelo estabelecido no Decreto Estadual nº 47.901 de 31 de março de 2020, que dispõe sobre o exame admissional durante o período da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus – COVID-19, no âmbito dos órgãos, autarquias e fundações do Poder Executivo determina que:

10.2.1. Poderá ser substituído o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), por um Atestado de Saúde Ocupacional emitido por profissional médico assistente e a apresentação do Questionário de Antecedentes Clínicos, constante no **Anexo V** deste Chamamento.

10.2.2. Ao candidato que, no momento da convocação, apresentar sintomas característicos da doença infecciosa viral causada pelo COVID-19 ficará impedido de assiná-lo e de iniciar suas atividades pelo período de quatorze dias, ressalvando o direito de permanecer em seu exato lugar da fila de classificação e podendo assinar o contrato quando ultrapassado tal período, caso ainda remanesça vaga.

10.3. O candidato considerado **INAPTO**, no exame médico pré-admissional, estará impedido de ser contratado, perdendo o direito à vaga para qual concorreu.

14. DA ASSINATURA DO CONTRATO

11.1. Os candidatos selecionados deverão apresentar para fins de **assinatura e celebração do Contrato Administrativo, obrigatoriamente**, por meio de cópia reprográfica simples, acompanhada dos originais, ou autenticada em cartório, os seguintes documentos:

- a) **Para Médicos:** original e cópia do comprovante de conclusão do curso de graduação de nível superior em **Medicina** concluído em instituição de ensino reconhecida pelos sistemas federal ou estaduais de ensino e devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - CRM-MG, **ACUMULADO** com Certificado de Conclusão da Residência Médica ou Especialização *Latu Senso* ou Título de Especialidade Médica emitido pela Associação Médica Brasileira – AMB (original e cópia), nos termos da Resolução CFM nº 1.845/2008, publicada em 17/07/2008, em **Terapia Intensiva ou Infectologia ou Clínica Médica ou Anestesiologia**, devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - CRM-MG;
- b) **Para Técnicos de Enfermagem:** original e cópia conclusão de curso de educação profissional, de nível médio, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, correspondente à área de **Técnico em Enfermagem**, concluído em instituição de ensino reconhecido pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais ou municipais de ensino, e pelo MEC, e registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais;
- c) documento de identidade, ou equivalente, com fotografia, reconhecido legalmente em todo o território nacional, de forma a comprovar ser brasileiro ou gozar das prerrogativas legais correspondentes e ter a idade mínima de 18 anos;
- d) título de eleitor e comprovante de votação na última eleição – primeiro e segundo turnos (quando houver). Caso não tenha o comprovante de votação, será aceito o título de eleitor acompanhado da certidão de quitação eleitoral emitido pela Justiça Eleitoral ou pelo site do TRE. **NÃO SÃO ACEITOS** comprovantes de justificativa eleitoral;
- e) cadastro nacional de pessoas físicas – CPF;
- f) certificado de reservista ou de dispensa de incorporação, se masculino;
- g) comprovante de endereço atualizado (dos últimos 90 dias) e em nome do convocado (a);

- h) certidão de casamento (se casado) ou certidão averbada (se divorciado);
- i) cartão de cadastramento no PIS/PASEP. Somente será aceito documento oficial da CEF (PIS), BB (PASEP), CTPS, cartão cidadão, cartão do PIS, cartão PASEP, extrato PIS emitido pela CEF, extrato PASEP emitido pelo BB. **NÃO SÃO ACEITOS:** Contracheque, anotação feita à mão, NIT/NIS ou qualquer outro comprovante não oficial;
- j) primeira via do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), com o resultado **APTO**, que será emitido **MEDWORK OU** o Atestado de Saúde Ocupacional emitido por profissional médico assistente e a apresentação do Questionário de Antecedentes Clínicos.
- k) **DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES**, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato), ou cópia completa da Declaração do Imposto de Renda do último exercício;
- l) **DECLARAÇÃO DE PARENTES**, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
- m) **DECLARAÇÃO DE NÃO PENALIDADE**, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
- n) **DECLARAÇÃO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS**, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
- o) **DECLARAÇÃO DE CARGO E EMPREGO**, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
- p) **DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIO**, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
- q) **TERMO DE COMPROMISSO SOLENE**, preenchido em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato).

11.2. Estará impedido de assinar o contrato, e automaticamente desclassificado, o selecionado que **deixar de apresentar** qualquer um dos documentos elencados nas alíneas do item 11 deste **Chamamento Público**, ou se enquadrar em qualquer das vedações previstas no Decreto Estadual nº 45.155/09.

12. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

12.1. A pontuação referente à realização de cursos prevista no **Anexo III** será considerada apenas **para 01 (um) curso por faixa de carga horária**, não se admitindo a soma de pontuações.

- 12.2.É de inteira e exclusiva responsabilidade do inscrito no referido chamamento público, acompanhar todas as publicações e convocações deste certame, as quais serão divulgadas **exclusivamente na página eletrônica da FHEMIG** - www.fhemig.mg.gov.br – Chamamento Público Emergencial nº 12/2020 – Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19.
- 12.3- O resultado da classificação, a agenda do exame pré-admissional e a convocação dos selecionados para assinatura do contrato, no Chamamento Público Emergencial nº 12/2020 – Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19, será divulgado **exclusivamente na página eletrônica da FHEMIG** – www.fhemig.mg.gov.br, Chamamento Público Emergencial nº 12/2020, em **30 de abril de 2020**, a partir das 17h00m.
- 12.4. Os selecionados deverão comparecer, munidos da documentação exigida no item 11 desse Chamamento, nos dias **06 ou 07 de maio de 2020**, para a assinatura do contrato, que será feita pela Coordenação de Recrutamento, Seleção e Provimento de Cargos e Funções – CRESP, localizada na Administração Central da FHEMIG, situada na Alameda Vereador Álvaro Celso, 100, sala 314, telefone (31) 3239-9589, **conforme dia e horário publicado no Resultado Final deste Chamamento. Cabe a cada candidato convocado consultar e verificar o dia e horário em que comparecer no endereço indicado.**
- 12.5. A cópia dos documentos entregues pelo inscrito, independentemente da etapa ou finalidade a que se destina, não lhe será devolvida durante ou ao final deste Chamamento.
- 12.6. O selecionado deverá assumir suas atividades funcionais, no Hospital Alberto Cavalcanti – HAC, em **01 (um) dia, imediatamente após a assinatura do Contrato Administrativo.**
- 12.7. A contratação decorrente deste Certame terá duração por tempo determinado de até 90 (noventa) dias, tal como previsto na autorização do Comitê de Orçamento e Finanças – Ofício COFIN nº 0196/2020, de 23/03/2020.

12.8. Na hipótese de extinção da causa justificadora da contratação durante a vigência do contrato, este será rescindido nos termos previstos no art. 13, inciso III, da Lei 18.185/2009 e 8º, inciso II, do Decreto 45.155/2009.

12.9. O **Anexo IV**, se refere a Minuta do Contrato Administrativo por prazo determinado de prestação de serviços técnicos especializados na área de saúde que será celebrado entre a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e o Contratado.

12.10 O candidato deverá, imediatamente após a inscrição por meio da entrega do currículo padrão e dos documentos comprobatórios, providenciar os exames laboratoriais, conforme descritos no item 10.5 e seus subitens, de forma a garantir o cumprimento, em tempo hábil, do prazo para assinatura do contrato, **CASO SEJA CONVOCADO**.

12.11 Por se tratar de uma seleção emergencial, ao resultado dessa seleção não caberá recurso.

ANEXOS

ANEXO I – Currículo Padrão – Formulário de Inscrição;

ANEXO II – Quadro de Vagas e Vencimentos Básico por Cargo;

ANEXO III – Quadro de Distribuição de Pontos e Critérios de Desempate;

ANEXO IV – Minuta do Contrato Administrativo Celebrado entre a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e o Contratado;

ANEXO V – Questionário de Antecedentes Clínicos;

ANEXO VI – Declaração.

Belo Horizonte, 23 de abril de 2020.

Fábio Baccheretti Vitor
Presidente da FHEMIG
Masp 127990

<p>Data de Conclusão: Mês: mm Ano: aaaa</p> <p>Instituição de Formação: _____</p> <p>Segunda Residência Médica concluída com registro no CRMMG na especialidade: _____</p> <p>Data de Conclusão: Mês: mm Ano: aaaa</p> <p>Instituição de Formação: _____</p> <p>Título de especialista concedido pela Sociedade: _____</p> <p>Data da Concessão do Título: Mês: mm Ano: aaaa</p> <p>Mestrado concluído em: Mês: mm Ano: aaaa</p> <p>Instituição de Formação: _____</p> <p>Doutorado concluído em: Mês: mm Ano: aaaa</p> <p>Instituição de Formação: _____</p>	
IV – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	
<p>Carga horária semanal disponível: 24 HORAS</p> <p>Preferência de horário: () Diurno () Noturno () Não tenho</p> <p>Disponibilidade Semanal: () 2ª F () 3ª F () 4ª F () 5ª F () 6ª F () Sab () Dom</p> <p>Já trabalhou na FHEMIG? () Sim () Não. Em qual Unidade? _____</p> <p>Em qual período? _____ Trabalhou como Contrato? () Sim () Não .</p> <p>Qual a data do desligamento: _____</p> <p>Motivo da saída: _____</p>	
V – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	
<p>1. ATUAIS</p> <p>() Não possui () sim</p>	

Área de Atuação	Tempo de atuação (meses)	Carga Horária Semanal	Tipo de vínculo
			Publico
			Privado
			Outros; especificar _____

2. ANTERIORES

() Não possui () sim

Área de Atuação	Tempo de atuação (meses)	Carga Horária Semanal	Tipo de vínculo
			Publico
			Privado
			Outros; especificar _____

DECLARO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES CONSTANTES NESTE CURRÍCULO SÃO VERDADEIRAS E AUTORIZO A FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG A VERIFICÁ-LAS.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2020.

IMPORTANTE:

DEVERÃO SER ANEXADOS A ESSE CURRÍCULO, TODOS OS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS ACIMA.

2. TÉCNICO DE ENFERMAGEM

CURRÍCULO PADRÃO

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

FORMAÇÃO ACADÊMICA

- Curso de educação profissional, de nível médio, correspondente à área de **Técnico em Enfermagem** concluído na seguinte instituição de ensino:

- Data de conclusão do curso:

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E TERAPIA INTENSIVA OU ÁREAS AFINS

- Curso:
- Instituição:
- Carga Horária:
- Data de conclusão do curso:

- Curso:
- Instituição:
- Carga Horária:
- Data de conclusão do curso:

- Curso:
- Instituição:
- Carga Horária:

- Data de conclusão do curso:

HISTÓRICO DAS EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: ____/____/____ a ____/____/____
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: ____/____/____ a ____/____/____
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: ____/____/____ a ____/____/____
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

Justificar o interesse na vaga ofertada. A redação deverá conter argumentação, coerência e clareza da justificativa.

____/____/2020 _____
(assinatura do(a) candidato(a))

IMPORTANTE:

DEVERÃO SER ANEXADOS A ESTE CURRÍCULO, **TODOS** OS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS ACIMA

ANEXO II

QUADRO DE VAGAS

Cargo	Nível / Grau	Carga Horária/Semanal	Função	Quantitativo de Vagas	Vencimento Básico
MED	III / A	12 horas	Terapia intensiva ou infectologia ou clínica médica ou anestesiologia	14	R\$ 4.595,02*
PENF	II / A	40 horas	Técnico de Enfermagem	09	R\$ 1.755,96

VENCIMENTO BÁSICO POR CARGO*

Conforme Lei 21.726/2015

*Excluídas vantagens inerentes à função exercida e local de atuação, a serem informadas na etapa de contratação.

A) MÉDICO INFECTOLOGISTA OU CLÍNICA MÉDICA ou TERAPIA INTENSIVA OU ANESTESIOLOGIA - MED III – 12 horas / semanais R\$ 4.595,02 (Quatro mil e cinquenta e noventa e cinco reais e dois centavos)*.

**Remuneração fixada pelo artigo 2º, alínea I do Decreto Estadual nº 47.914, de 10 de abril 2020 e publicado no Diário Oficial dos Poderes do Estado de Minas Gerais, na Edição Extra, em 10 de abril de 2020, fixando os valores da remuneração de médicos contratados temporariamente com base na Lei nº 18.185/2009 e suas alterações.*

B) TÉCNICO DE ENFERMAGEM – PENF II – 40 Horas / semanais R\$ 1.755,96 (hum mil, setecentos e cinquenta e cinco reais e noventa e seis centavos)

ANEXO III - QUADROS DE DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS

MÉDICO ESPECIALISTA – CARGO MED – NÍVEL III – GRAU A – INTENSIVISTA OU INFECTOLOGISTA OU CLÍNICO MÉDICO OU ANESTESIOLOGIA

QUADRO I			
PONTUAÇÃO POR FORMAÇÃO PROFISSIONAL	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	
Residência ou Especialização ou Título de Especialista em Terapia Intensiva ou Anestesiologia	20,0		
Residência ou Especialização em Clínica Médica, Infectologia	15,0		
Estágio ou experiência de no mínimo 3 meses em Terapia Intensiva nos últimos 5 anos.	10,0		
Estágio ou experiência de no mínimo 6 meses em Terapia Intensiva nos últimos 5 anos.	15,0		
PONTUAÇÃO MÁXIMA *A pontuação máxima em Formação Profissional será 50 pontos.	50		
QUADRO II			
PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO			
Médico com residência médica ou título de especialista registrado no CRM - Tempo de serviço prestado como médico em Urgência e Emergência e Terapia Intensiva, em instituição de saúde pública ou privada.	MESES	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
	No mínimo 06 meses	10,0	
	07 a 12 meses	20,0	
	13 a 24 meses	30,0	
	25 a 36 meses	40,0	
	Mais de 37 meses	50,0	
PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO			
PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II			100,00

PROFISSIONAL DE SAÚDE – PENF II – TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO PRESENCIAL NO ATENDIMENTO DE PACIENTES	PONTOS
*Curso com carga horária até 08 horas	1
*Curso com carga horária maior do que 09 horas até 20 horas.	5
*Curso com carga horária acima de 20 horas	9
PONTUAÇÃO MÁXIMA	15

* Somente serão pontuados os certificados emitidos nos últimos 05(cinco) anos, contados da data da entrega dos documentos na etapa de análise curricular.

PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 05 ANOS	Pontuação atribuída a ciclo de um ano completo de exercício sem sobreposição de tempo.	
	ANO(S)	PONTOS
Experiência de Exercício como Técnico de Enfermagem em Terapia Intensiva e Urgência e Emergência em Âmbito Hospitalar	No mínimo 06 meses	25
	07 a 12 meses	40
	13 a 24 meses	55
	25 a 36 meses	70
	Mais de 37 meses	85
	PONTUAÇÃO MÁXIMA	85
PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA	100	

No caso de empate serão observados os seguintes critérios, de acordo com a ordem em que se apresentam:

1. Maior pontuação obtida na **Experiência Profissional**, conforme estabelecido no **Anexo III**.
2. Maior pontuação obtida por participação em treinamentos, cursos de capacitação, aperfeiçoamento e especialização, conforme estabelecido no **Anexo III**.

ANEXO IV

CONTRATO ADMINISTRATIVO CELEBRADO ENTRE A FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS E O CONTRATADO

CONTRATO ADMINISTRATIVO POR PRAZO DETERMINADO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS TÉCNICOS ESPECIALIZADOS NA ÁREA DE SAÚDE QUE ENTRE SI FAZEM A FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG E O CONTRATADO ABAIXO ESPECIFICADO NOS TERMOS DA LEI 18.185/2009 E DECRETO N.º 45.155/2009.

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, a FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG, inscrita no CNPJ sob o n.º 19.843.929/0001-00, situada na Alameda Vereador Álvaro Celso, n.º 100, Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte, Capital, doravante denominada CONTRATANTE, representada pela Diretora de Gestão de Pessoas, e o Sr.(a) XXXXXXXXXXXX, CI: XXXXXXXX CPF: XXXXXXXXXXXX, residente à XXXXXX, XXXXXXXX em XXXXXXXXXXXX denominado CONTRATADO, nos termos do art. 2º, inciso I da Lei 18.185 de 5 de junho de 2009 e do art. 1º, § 1º, inciso I do Decreto n.º 45.155 de 22 de agosto de 2009 e considerando a necessidade temporária de excepcional interesse público, resolvem firmar o presente contrato, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA

O objetivo do presente contrato é a prestação dos serviços técnicos especializados na função de xxxxxxxxxxxx, com Carga Horária semanal de xx horas, a serem executados pelo CONTRATADO à CONTRATANTE na unidade do Hospital Alberto Cavalcanti – HAC - FHEMIG, lotado no setor determinado pela gerência assistencial, de acordo com a estrita necessidade demandada.

PARÁGRAFO ÚNICO

As atividades serão executadas em consonância com as normas técnicas correspondentes à prestação dos serviços contratados conforme cláusula primeira.

CLÁUSULA SEGUNDA

O presente contrato terá duração de até 90 (noventa) dias, tendo início em XX/04/2020.

CLÁUSULA TERCEIRA

Como contraprestação do serviço prestado o contratado receberá a título de vencimento básico, o valor estabelecido no Anexo III, de acordo com a função para a qual está celebrando este contrato.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

O CONTRATADO poderá ainda fazer jus a gratificações, prêmios e/ou adicionais, quando autorizados na legislação de regência a percepção de tais benefícios pelo contratado.

CLÁUSULA QUARTA

As contratações ocorrerão de acordo com o estabelecido no Of.COFIN nº 196/2020, de 23/03/2020, Processo SEI Nº 2270.01.00XXXX/2020-XX.

CLÁUSULA QUINTA

O presente contrato será rescindido, sem direito a indenizações:

- a) pelo término do prazo contratual;
- b) por iniciativa da CONTRATANTE, quando da extinção da causa transitória justificadora da contratação; ou
- c) por iniciativa do contratado.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

No caso de extinção do contrato será devido ao CONTRATADO o pagamento dos dias trabalhados e do décimo terceiro salário proporcional, observada a legislação pertinente.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A extinção do contrato, nos termos da letra “c”, será precedida de comunicação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sendo devido ao contratado o pagamento dos dias trabalhados e décimo terceiro salário proporcional, observada a legislação pertinente.

CLÁUSULA SEXTA

O contratado será segurado do Regime Geral de Previdência Social, conforme o disposto no § 13 do art. 40, da Constituição da República.

CLÁUSULA SÉTIMA

Ao assinar o presente contrato o CONTRATADO declara, sob as penas da Lei, que não possui vínculo funcional com instituições do Poder Público que venha incorrer em acumulação vedada por lei.

PARÁGRAFO ÚNICO – Na vigência do contrato, ocorrendo a hipótese do CONTRATADO passar a ter vínculo permanente com o Poder Público, o presente contrato será rescindido, salvo nos casos de acumulação lícita.

CLÁUSULA OITAVA

O caráter jurídico do presente contrato é jurídico administrativo, não gerando vínculo empregatício de que trata a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, entre o CONTRATADO e a CONTRATANTE.

CLÁUSULA NONA

As partes elegem o foro da Comarca de Belo Horizonte para dirimirem quaisquer dúvidas ou litígios eventualmente existentes em decorrência da execução do presente contrato.

E por estarem ajustados, firmam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas que ao mesmo subscrevem.

Belo Horizonte, xx, de Abril de 2020.

Alice Guelber Melo Lopes
Diretora de Gestão de Pessoas – DIGEPE
Masp: 669360-0

Diretor Assistencial do HAC
Masp:

Contratado(a) - CPF

TESTEMUNHAS:

1) NOME:

CPF:

ENDEREÇO:

2) NOME:

CPF:

ENDEREÇO:

ANEXO V

QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS

NOME: _____

CPF: _____ RG: _____ SEXO: F M

IDADE: _____ CARGO: _____

MASP (se tiver): _____

01- Informar sobre os sintomas ou alterações abaixo relacionadas:

SINTOMAS/ALTERAÇÕES	SIM	NÃO
Dor no peito		
Alterações na voz		
Distúrbios do sono		
Variações no peso		
Problemas de pele		
Distúrbio visual		
Dor abdominal		
Escarro com sangue		
Inchaço nas pernas		
Distúrbios de audição		
Problemas digestivos		
Problemas para urinar		
Alteração de apetite		
Prisão de ventre		
Diarreias		

Dificuldade para engolir		
Alterações no volume e na frequência da urina		
Dificuldades frequentes no trabalho		
Dificuldades no relacionamento familiar		
Dificuldade no relacionamento interpessoal		
Nervosismo		
Pressão alta		
Falta de ar		
Tosse		
Suor noturno		
Dor nas articulações		
Dor na coluna		
Ansiedade		
Tristeza		
Desconfiança		
Outros problemas que não estão relacionados acima		

02 – Faz uso de medicação de uso contínuo ou controlado?

() Não () Sim. Quais? (Citar todos, inclusive a dosagem).

03 – Faz, ou já fez, algum controle médico específico (oncológico, cardiológico, neurológico, endocrinológico, pneumológico, outro)? () Não () Sim.

Qual(is)? _____

04 – Já sofreu internação hospitalar (por doença, cirurgia ou outro procedimento)?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

05 – Já sofreu alguma fratura? () Não () Sim.

Tipo(s)? _____

06 - Já se afastou do trabalho por motivo de ordem médica em qualquer instância (municipal, estadual ou INSS)?

() Não () Sim. Qual? _____ Por
quais períodos? _____

Por quais motivos? _____

07 - Apresenta ou já apresentou problema de audição ou visão?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

08 – É tabagista? () Não () Sim. Cigarros/dia? _____.

Há quanto tempo? _____

09 – É etilista (consome bebida alcoólica)? () Não () Sim. Quantidade: _____

Frequência: _____

10 – Apresenta ou já apresentou doença psiquiátrica (Depressão, Ansiedade, esgotamento nervoso, tentativas de suicídio ou quaisquer outras)?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

11 – Apresenta ou já apresentou doença relacionada à voz (disfonia, laringite crônica, rouquidão crônica ou outra)?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

12 – Apresenta ou já apresentou alergia respiratória (Asma, Bronquite, Rinite alérgica ou outra) ou a medicamentos? () Não () Sim.

Qual(is)? _____

13 – Apresenta ou já apresentou alguma doença infectocontagiosa? () Não () Sim.

Qual(is)? _____

14 – Apresenta ou já apresentou dores ou doenças osteomusculares (por exemplo: fibromialgia, artroses, artrites, etc.)?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

15 – Apresenta ou já apresentou alguma doença que não foi mencionada acima?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

16 – Já teve algum acidente de trânsito? () Não () Sim.

Qual(is)? _____

17 – Possui Carteira Nacional de Habilitação (CNH) válida? () Não () Sim.

18 – Tem filhos? () Não () Sim. Quantos? _____

Declaro, estar ciente do disposto no art. 299, do Código Penal Brasileiro e, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações acima prestadas, responsabilizando-me por qualquer dado inverídico.

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura do Declarante

(Anexo I do Decreto 47.901 de 31 de março de 2020)

ANEXO VI

DECLARAÇÃO

GRUPO DE RISCO DA COVID-19 E AJUSTAMENTO FUNCIONAL

Eu, _____, Masp
(se tiver) _____, CPF _____,
RG _____, declaro que não sou portador de imunossupressão, em
tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia, hipertensão, diabetes, cardiopatias, pneumopatias,
nefropatias; não possuo idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos; não estou gestante e/ou lactante,
sendo considerados Grupo de Risco da COVID-19; estou ciente que serei contratado para trabalhar em
regime exclusivamente presencial por se tratar de área finalística e de natureza médico-hospitalar e; não
posso restrição de atividade laboral ou ajustamento funcional.