

## **CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 55/2020** **Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19**

O Presidente da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais **TORNA PÚBLICO** que estará aberto o Processo Seletivo FHEMIG, por meio de Chamamento Público Emergencial nº 55/2020, das 08h00m às 11h00m e das 12h00m às 17h00 (horário de Brasília) do dia **25 de novembro de 2020 até o dia 30 de novembro de 2020**, por meio do **recebimento de currículos** (modelo disponibilizado no **Anexo I**) e **análise curricular** (conforme Quadro de Distribuição de Pontos disponibilizado no **Anexo III**), **para atuação no atendimento aos pacientes com sintomas de COVID-19 no CTI adulto do Hospital Regional Antônio Dias – HRAD**, da rede FHEMIG, que é referência no atendimento em clínica médica, trauma-ortopédico, cirurgias gerais, neurológicas, pediatria e infectologia no Estado de Minas Gerais. As contratações dos profissionais em questão terão caráter **temporário e imediato**, conforme estabelecido no **Quadro de Vagas, Anexo II**, autorizadas por meio do Ofício COFIN nº 0295/2020, de 15 de abril de 2020 e Ofício COFIN nº 0671/2020, de 07 de julho de 2020.

Todas as informações necessárias ao cadastramento 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 120 (cento e vinte) 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:**

**21** para a função de **Médico Especialista – Nível III**: 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 de Certificado de Conclusão da Residência Médica 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, **PREFERENCIALMENTE** em Infectologia, Terapia Intensiva e Clínica Médica, devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - CRM-MG.

**22** para a função de **Médico Generalista – Nível I**: 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, com experiência comprovada de no mínimo 6 meses em CTI Adulto.

3. Os candidatos que não apresentarem os comprovantes relativos ao **pré-requisito** serão **automaticamente excluídos** do processo.

4. Além dos pré-requisitos, os candidatos deverão enviar o currículo padrão, constante no **Anexo I**, bem como, **cópia simples de todos** os comprovantes relativos às informações prestadas pelo candidato, no ato do preenchimento do currículo padrão.

5. Os candidatos que não apresentarem o currículo padrão constante no **Anexo I**, devidamente preenchido e assinado, conforme estabelecido no **item 4**, serão **automaticamente excluídos** do processo.

6. Para se candidatar às vagas disponibilizadas, os interessados deverão preencher o Currículo Padrão FHEMIG (Anexo I), e enviá-lo juntamente com a documentação que comprove as informações curriculares, para o email [pss.hrad@fhemig.mg.gov.br](mailto:pss.hrad@fhemig.mg.gov.br), **a partir das 08h00m do dia 25 de novembro de 2020 até às 17h00m do dia 30 de novembro de 2020** (horário de Brasília).

**61** Documentações enviadas após os dias e horários estabelecidos no item 6 não serão aceitas;

**62** Não nos responsabilizados por quaisquer problemas técnicos apresentados durante o envio do email;

**63** Caso o candidato não possua acesso à Internet poderá deixar o currículo exclusivamente na Coordenação de Gestão de Pessoas do Hospital Regional Antônio Dias–HRAD, localizado Rua Major Gote, 1231 – Centro – Patos de Minas – MG, CEP: 38700-001, das 08h00min às 12h00min e das 13h00min às 16h00min (horário de Brasília) do dia 25 de novembro de 2020 até o dia 30 de novembro de 2020, pessoalmente ou por meio de procurador munido de procuração simples acompanhada de cópia simples do documento de identificação do candidato e do procurador, na data e horário estabelecidos neste Chamamento Público Emergencial, com o currículo preenchido e assinado pelo candidato, juntamente com os comprovantes da habilitação exigida como pré-requisito, e cópia simples de todos os comprovantes relativos às informações prestadas pelo candidato, no ato do preenchimento do Currículo Padrão Anexo I. Somente serão aceitos, os documentos entregues em envelope lacrado e identificado com o nome completo do candidato e a função para a qual está se inscrevendo.

7. O quadro de vagas ofertadas e a remuneração por cargo estão disponíveis no **Anexo**

II deste chamamento.

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

## 9. DO EXAME MÉDICO PRÉ- ADMISSIONAL

**91** O selecionado convocado para assinatura de Contrato Administrativo deverá se submeter a exame médico pré-admissional, sob responsabilidade do setor de Perícia Médica, Saúde e Segurança do Trabalhador (PMSST) do Hospital Regional Antônio Dias – HRAD – Rua Major Gote, 1231, Centro, Patos de Minas - MG, conforme convocação e cronograma publicados no site, 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.

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

9.2.1 – documento original de identidade, com foto e assinatura;

9.2.2 – cartão de vacinação contra “hepatite B”; dT- difteria/tétano, dupla viral ou tríplice viral;

9.2.3 – resultado dos seguintes exames laboratoriais, **realizados a expensas do candidato**:

9.2.3.1 – Hemograma completo, com contagem de plaquetas;

9.2.3.2 – Glicemia de jejum;

9.2.3.3 – Urina rotina;

9.2.3.4 – 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);

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

**94** – Os exames descritos nos subitens 9.2.3.1, 9.2.3.2, 9.2.3.3e 9.2.3.4, somente serão aceitos se realizados no prazo máximo de 90 (noventa) dias anteriores à data de marcação da perícia médica.

**95** – Os candidatos deverão realizar os exames solicitados em laboratórios / clínicas de sua preferência.

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

**97** – Na avaliação admissional todos os candidatos deverão responder ao questionário de antecedentes clínicos.

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

**99** – O candidato poderá substituir o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) emitido pelo setor de Perícia Médica, Saúde e Segurança do Trabalhador (PMSST) do Hospital Regional Antônio Dias por um Atestado de Saúde Ocupacional emitido por médico assistente e a apresentação do Questionário de Antecedentes Clínicos constante no Anexo V.

## **10 – DA CONTRATAÇÃO**

**10.1** - 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) todos os documentos comprobatórios dos pré-requisitos conforme estabelecido no item 2;
- b) 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;
- c) 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;
- d) cadastro nacional de pessoas físicas – CPF;
- e) certificado de reservista ou de dispensa de incorporação, se masculino;
- f) comprovante de endereço atualizado (dos últimos 90 dias) e em nome do convocado(a);
- g) certidão de casamento (se casado) ou certidão averbada (se divorciado);
- h) 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;
- i) primeira via do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), com o resultado **APTO**, que será emitido pelo Serviço de Perícia Médica, Saúde e Segurança do Trabalhador (SPMSSP) do Hospital Regional Antônio Dias – HRAD – Rua Major Gote, 1231, Centro, Patos de Minas - MG.

- j) DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante, ou cópia completa da Declaração do Imposto de Renda do último exercício;
- k) DECLARAÇÃO DE PARENTES, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante;
- l) DECLARAÇÃO DE NÃO PENALIDADE, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante;
- m) DECLARAÇÃO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante;
- n) DECLARAÇÃO DE CARGO E EMPREGO, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante;
- o) DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIO, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante;
- p) TERMO DE COMPROMISSO SOLENE, preenchido em formulário próprio fornecido pela contratante;
- q) DECLARAÇÃO Grupo de Risco COVID-19, preenchido em formulário próprio fornecido pela contratante.

## 11 – DOS IMPEDIMENTOS:

- 11.1- Estará impedido de assinar o contrato e de iniciar suas atividades pelo período de quatorze dias o candidato que, no momento da convocação, apresentar sintomas característicos da doença infecciosa viral causada pelo COVID-19, 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;
- 11.2- Estará impedido de assinar o contrato e de iniciar suas atividades pelo período de sete dias o candidato que, no momento da convocação, declarar que esteve em contato com pessoas contaminadas pela doença infecciosa COVID-19, contudo não revelar sintomas característicos da doença, 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;
- 11.3– Estará impedido de assinar o contrato e automaticamente desclassificado, o selecionado que **deixar de apresentar** qualquer um dos documentos elencados nas alíneas do item 9 deste **Chamamento Público**, ou se enquadrar em qualquer das vedações previstas no Decreto Estadual nº 45.155/09.
- 11.4– Estará impedido de assinar o contrato e automaticamente desclassificado, o selecionado que se enquadrar nas situações abaixo elencadas, nos termos do artigo 7º

da Deliberação nº 2, de 16 de março de 2020 c/c art. 2º da Deliberação nº 4, de 17 de março de 2020, por motivo de configurar grupo de risco:

11.4.1 - possuir idade igual ou superior a sessenta anos;

11.4.2 - portar doença crônica, tais como diabetes, hipertensão, cardiopatia, doença respiratória, pacientes oncológicos e imunossuprimidos;

11.4.3 - gestante ou lactante

Essa medida se faz necessária tendo em vista o momento vivido pela pandemia ocasionada pelo COVID-19 e a Situação de Emergência declarada pelo Governo Estadual no Decreto nº 113, de 12 de março de 2020, no qual os profissionais contratados deverão trabalhar em regime exclusivamente presencial, por se tratar de área finalística e de natureza médico-hospitalar.

## 12. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

a. 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.

b. 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](http://www.fhemig.mg.gov.br) – Chamamento Público Emergencial nº 55/2020 – Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19.

c. O resultado da classificação, a agenda do exame pré-admissional e a convocação dos selecionados para assinatura do contrato, no Chamamento Público Emergencial nº 55/2020 – Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19, será divulgado **exclusivamente na página eletrônica da FHEMIG** – [www.fhemig.mg.gov.br](http://www.fhemig.mg.gov.br), link Chamamento Público Emergencial nº 55/2020, em **01 de dezembro de 2020, a partir das 17h00m.**

d. Os selecionados deverão comparecer conforme cronograma publicado na convocação no site da FHEMIG, no local indicado, para o exame médico pré-admissional, conforme estabelecido no item 9.1, munidos dos documentos descritos no item 9.2 e seus subitens.

e. Os selecionados deverão comparecer, munidos da documentação exigida no item 9.9 desse Chamamento, conforme cronograma publicado na convocação no site da FHEMIG, logo após a realização do exame admissional, para a assinatura do contrato,

que será feita pela Coordenação de Gestão de Pessoas, localizado no Hospital Regional Antônio Dias - HRAD, situado na Rua Major Gote, 1231, Centro, telefone (34) 3818-6073, no horário das **08h00m às 17h00m**.

**f.** O selecionado deverá assumir suas atividades funcionais, no Hospital Regional Antônio Dias - HRAD, obedecendo à ordem de classificação dos convocados, considerando o quadro de vagas existentes no dia da assinatura do Contrato Administrativo, de acordo com a estrita necessidade do HRAD, sem possibilidade de prorrogação do prazo.

**g.** A contratação decorrente deste Certame, terá duração por tempo determinado de até 120 (cento e vinte) dias, tal como previsto na autorização do Comitê de Orçamento e Finanças – Ofício COFIN nº 0295/2020, de 15/04/2020 e Ofício COFIN nº 0671/2020, de 07 de julho de 2020.

**h.** 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.

**i.** O **Anexo IV**, se refere à 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.

**j.** **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 9.2.3 e seus subitens, de forma a garantir o cumprimento, em tempo hábil, do prazo para assinatura do contrato, CASO SEJA CONVOCADO.**

**k.** O Questionário de Antecedentes Clínicos, constante no Anexo V, deverá ser preenchido apenas pelos candidatos que optarem pelo entrega do ASO emitido por médico assistente.

**l.** Os candidatos classificados em cadastro reserva poderão ser convocados em outros chamamentos emergenciais público da Unidade.

**ANEXOS**

**ANEXO I** – Currículo Padrão – Formulário de Inscrição;

**ANEXO II** – Quadro de Vagas e Remuneração 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

Belo Horizonte, 24 de novembro de 2020


Fábio Baccheretti Vitor  
Presidente da FHEMIG



**ANEXO I**

**INSCRIÇÃO /CURRÍCULO PADRÃO CHAMAMENTO PÚBLICO  
EMERGENCIAL FHEMIG Nº 55/2020**

**1. PARA A FUNÇÃO DE MÉDICO:**

		<p align="center"><b>CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL FHEMIG Nº 55/2020 Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19</b></p>	
Local e data	Médico Avaliador	Resultado da avaliação	
<b>CURRÍCULO PADRÃO FHEMIG</b>			Para uso da Unidade
<p><b>OBS: FAVOR PREENCHER TODOS OS CAMPOS (NÃO SERÁ ACEITO CURRÍCULO COM PREENCHIMENTO INCOMPLETO)</b></p>			
<b>I – FUNÇÃO PRETENDIDA / MUNICÍPIO/UNIDADE</b>			
Município: Patos de Minas	Unidade: HRAD	Nº de inscrição no CRMMG:	
Especialidade que concorre:			
<b>II – INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>			
<p>Nome completo: —</p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino                      <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p>Data de nascimento: dd/mm/aaaa</p> <p>Idade:</p> <p>Estado civil:                      <input type="checkbox"/> Solteiro                      <input type="checkbox"/> Casado                      <input type="checkbox"/></p> <p>Outros</p> <p>Endereço (Rua, Av.): —</p> <p>Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade:</p>			

Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone fixo: ( ) \_\_\_\_\_

Telefone celular: ( ) \_\_\_\_\_

Telefone recado: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**III – ESCOLARIDADE/ FORMAÇÃO ACADÊMICA**

Curso superior de Medicina concluído: Mês: mm Ano: aaaa

Instituição de Formação: \_\_\_\_\_

Residência Médica em andamento (mínimo 12 meses) na especialidade:

Previsão de conclusão: em: Mês: mm Ano: aaaa

Instituição de Formação: \_\_\_\_\_

Residência Médica concluída com registro no CRMMG na especialidade:

Data de Conclusão: Mês: mm Ano: aaaa

Instituição de Formação: \_\_\_\_\_

Segunda Residência Médica concluída com registro no CRMMG na especialidade:

Data de Conclusão: Mês: mm Ano: aaaa

Instituição de Formação: \_\_\_\_\_

Título de especialista concedido pela Sociedade:

Data da Concessão do Título: Mês: mm Ano: aaaa

Mestrado concluído em: Mês: mm Ano: aaaa

Instituição de Formação: \_\_\_\_\_

Doutorado concluído em: Mês: mm Ano: aaaa

Instituição de Formação: \_\_\_\_\_

**IV – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Carga horária semanal disponível: ( ) 12 horas ( ) 24 HORAS

Preferência de horário: ( ) Diurno ( ) Noturno ( ) Não tenho

Disponibilidade Semanal:

( ) 2ª F ( ) 3ª F ( ) 4ª F ( ) 5ª F ( ) 6ª F ( ) Sab ( ) Dom

Já trabalhou na FHEMIG? ( ) Sim ( ) Não. Em qual Unidade? \_\_\_\_\_

Em qual período? \_\_\_\_\_

Trabalhou como Contrato? ( ) Sim ( ) Não . Qual a data do desligamento:

\_\_\_\_\_

Motivo da saída: \_\_\_\_\_

**V – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

**1. ATUAIS**

( ) Não possui ( ) sim

Área de atuação	Tempo de atuação (meses)	Carga Horária Semanal	Tipo de vínculo
			<b>Público</b>
			<b>Privado</b>
			<b>Outros; especificar:</b> _____

**2. ANTERIORES**

( ) Não possui ( ) Sim

Área de atuação	Tempo de atuação (meses)	Carga Horária Semanal	Tipo de vínculo
			<b>Público</b>
			<b>Privado</b>
			<b>Outros; especificar:</b> _____

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.

## ANEXO II

### QUADRO DE VAGAS E REMUNERAÇÃO POR CARGO

#### QUADRO DE VAGAS

Referente ao Ofício COFIN nº 295/2020

Cargo	Nível / Grau	Carga Horária/ Semanal	Função	Quantitativo de Vagas	Remuneração
MED	III / A	12 horas ou 24 horas	Médico	4	R\$ 4.595,02 ou R\$ 9.000,00
<b>OU</b>					
MED	I / A	12 horas ou 24 horas	Médico	4	R\$ 3.500,00 ou R\$ 7.000,00

#### REMUNRAÇÃO POR CARGO

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

\*Conforme Decreto 48.004, de 06 de julho de 2020.

**MÉDICO - MED I – 12 horas semanais - R\$ 3.500,00 (Três mil e quinhentos reais).**

**MÉDICO - MED I – 24 horas semanais - R\$ 7.000,00 (Sete mil reais).**

**MÉDICO - MED III – 12 horas semanais - R\$ 4.595,02 (Quatro mil, quinhentos e noventa e cinco reais e dois centavos).**

**MÉDICO - MED III – 24 horas semanais - R\$ 9.000,00 (Nove mil reais).**

**ANEXO III**

**QUADROS DE DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS**

**MÉDICO ESPECIALISTA – CARGO MED – NÍVEL III – GRAU A**

INFECTOLOGIA, TERAPIA INTENSIVA, CLÍNICA MÉDICA

<b>QUADRO I</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR TREINAMENTOS, CURSOS DE CAPACITAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E ESPECIALIZAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	
Residência ou Especialização em Nefrologia, Cardiologia, Reumatologia e Pneumologia registrada no CRM/MG.	20,0		
Participação em cursos, congressos na especialidade de infectologia e Terapia Intensiva (cada item 2,5 – máximo 5,0)	5,0		
Experiência de no mínimo 6 meses em UTI, Clínica Médica ou Infectologia	10,0		
Aprovação no ACLS nos últimos 2 anos	5,0		
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>40,0</b>		
<b>QUADRO II</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO</b>			
Médico com residência médica ou título de especialista registrado no CRM - Tempo de serviço prestado como médico na especialidade médica, em instituição de saúde pública ou privada.	<b>MESES</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
	Até 11 meses	8,0	
	12 a 23 meses	18,0	
	24 a 35 meses	30,0	
	36 a 47 meses	44,0	
	Mais de 48 meses	60,0	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO</b>	<b>60,0</b>		
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II</b>	<b>100,00</b>		

**MÉDICO GENERALISTA – CARGO MED – NÍVEL I – GRAU A**

<b>QUADRO I</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR TREINAMENTOS, CURSOS DE CAPACITAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E ESPECIALIZAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	
Residência em Clínica Médica, Infectologia ou Terapia Intensiva em andamento.	30,0		
Participação em cursos, congressos na especialidade de infectologia e Terapia Intensiva (cada item 2,5 – máximo 5,0)	5,0		
Aprovação no ACLS nos últimos 2 anos	5,0		
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>40,0</b>		
<b>QUADRO II</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO</b>			
Tempo de serviço prestado como médico em instituição de saúde pública ou privada.	<b>MESES</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
	Até 11 meses	8,0	
	12 a 23 meses	18,0	
	24 a 35 meses	30,0	
	36 a 47 meses	44,0	
	Mais de 48 meses	60,0	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO</b>			<b>60,0</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II</b>			<b>100,00</b>

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**.

**3. Maior idade.**

## 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 pelo Sr. Presidente, e o Sr.(a) XXXXXXXXXXXXX, CI: XXXXXXXX CPF: XXXXXXXXXXXX, residente à XXXXXXX, XXXXXXXXXXX em XXXXXXXXXXX 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 Regional Antônio Dias – HRAD - 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 120 (cento e vinte) dias, tendo início em XX/08/2020.

#### 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 xxxxx/2020, de xx/xx/2020, Processo SEI N° xxxxxxxxxxxx.

#### 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 xxxxx de 2020.

Leonan Felipe dos Santos  
Diretor de Gestão de Pessoas – DIGEPE

Valéria Costa Queiroz  
Diretora do HRAD

---

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: \_\_\_\_\_ Freqüência: \_\_\_\_\_

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)