

CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 02/2020
Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19
HOSPITAL DE CAMPANHA - EXPOMINAS

O Presidente da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e a Polícia Militar do Estado de Minas Gerais **TORNAM PÚBLICO** que estará aberto o Processo Seletivo FHEMIG/PMMG, por meio de Chamamento Público Emergencial nº 02/2020, **das 08h00m do dia 08 de julho de 2020 até as 17h00m do dia 10 de julho de 2020**, (horário de Brasília), por meio do **recebimento de currículos e análise curricular**, conforme modelos disponibilizados no **Anexo I, para atuarem no atendimento aos pacientes com sintomas de COVID-19 no Hospital de Campanha – Expominas**, por meio de contratação **temporária e imediata** de profissionais conforme estabelecido no **Quadro de Vagas, Anexo II**, autorizadas por meio do Ofício COFIN nº 0670/2020, 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 (sessenta) dias, nos termos do Ofício COFIN nº 0670/2020, 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**:

2.1.1 – Médicos para atuação nas Unidades de Internação (Enfermarias): conclusão do curso de graduação de nível superior em Medicina, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, concluído em instituição de ensino reconhecido pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais ou municipais de ensino, e pelo MEC, com Residência Médica em Clínica Médica (02 anos) ou em especialidades médicas com, no mínimo, um ano de Clínica Médica,

ou Título de Especialista em Clínica Médica emitido pela Associação Médica Brasileira e estarem devidamente registrados no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - CRM-MG.

2.1.2 Médicos para atuação como MED III: Conclusão do curso de graduação de nível superior em Medicina, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, concluído em instituição de ensino reconhecido pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais ou municipais de ensino, e pelo MEC, e com pós graduação *latu sensu* em Gestão em Saúde ou Administração Hospitalar, com carga horária mínima de 360 (trezentas e sessenta) horas, E estarem devidamente registrados no Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais.

2.1.3 Médicos para atuação como MED I: Conclusão do curso de graduação de nível superior em Medicina, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, concluído em instituição de ensino reconhecido pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais ou municipais de ensino, e pelo MEC, E estarem devidamente registrados no Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais.

2.1.4 Médicos para atuação como Médico Auditor: Conclusão do curso de graduação de nível superior em Medicina, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, concluído em instituição de ensino reconhecido pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais ou municipais de ensino, e pelo MEC, e com pós graduação *latu sensu* em Auditoria Médica ou Auditoria em Saúde, com carga horária mínima de 360 (trezentas e sessenta) horas, E estarem devidamente registrados no Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais.

2.2 Para a função de **Assistente Social**: conclusão do curso de graduação de nível superior em **Serviço Social**, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, concluído em instituição de ensino reconhecida 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.

2.3 Para a função de **Enfermeiro**: conclusão do curso de graduação de nível superior em **Enfermagem**, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, 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.

2.4 Para a função de **Técnico em 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 pelos sistemas estaduais ou municipais de ensino, e pelo MEC, e registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais.

2.5 Para a função de **Fisioterapeuta Respiratório**: conclusão de curso de graduação de nível superior em **Fisioterapia**, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, concluído em instituição de ensino reconhecido pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais ou municipais de ensino, e pelo MEC, com especialização ou aprimoramento ou Residência em Fisioterapia Respiratória ou Fisioterapia Pneumofuncional, ou Fisioterapia Cardiorrespiratória ou Fisioterapia Intensiva Adulto ou Fisioterapia Hospitalar com carga horária de no mínimo 360 horas, e registro no Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais. Para as Residências multiprofissionais em saúde credenciadas junto a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde serão admitidos certificados das áreas de Intensivismo, Urgência e Emergência e Urgência/Trauma.

2.6 Para a função de **Nutricionista**: conclusão de curso de graduação de nível superior em **Nutrição**, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, concluído em instituição de ensino reconhecida 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.

2.7 Para a função de **Psicólogo**: conclusão do curso de graduação de nível superior em **Psicologia**, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, concluído em instituição de ensino reconhecida 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.

2.8 Para a função de **Farmacêutico Generalista** (área de atuação: **Farmácia Hospitalar**): conclusão de curso de graduação de nível superior em **Farmácia**, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, 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.

2.9 Para a função de **Técnico de Farmácia**: 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 de Farmácia**, concluído em instituição de ensino reconhecido pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais ou municipais de ensino, e pelo MEC.

2.10 Para a função de **Técnico de Patologia Clínica**: 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 Patologia Clínica**, 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.

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 os e-mails abaixo **conforme categoria profissional**, a partir das 08h00m do dia 08 de julho de 2020 até às 17h00m do dia 10 de julho de 2020 (horário de Brasília):

- 6.1** – Para a categoria profissional de **MÉDICO** a documentação deverá ser enviada para o e-mail: hospitaldecampanha.medico@fhemig.mg.gov.br.
- 6.2** Para as categorias profissionais de **ENFERMEIRO e TÉCNICO EM ENFERMAGEM** a documentação deverá ser enviada para o e-mail: hospitaldecampanha.enfermagem@fhemig.mg.gov.br.
- 6.3** Para as categorias profissionais de **FARMACÊUTICO GENERALISTA, TÉCNICO EM FARMÁCIA e TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA** a documentação deverá ser enviada para o e-mail: hospitaldecampanha.farmacia@fhemig.mg.gov.br.
- 6.4** Para as categorias profissionais de **ASSISTENTE SOCIAL, NUTRICIONISTA, FISIOTERAPEUTA RESPIRATÓRIO e PSICÓLOGO** a documentação deverá ser enviada para o e-mail: hospitaldecampanha.multi@fhemig.mg.gov.br.
- 6.5** Os candidatos também poderão entregar a documentação de inscrição no **PROTOCOLO da Administração Central da FHEMIG – ADC – localizada a Alameda Vereador Álvaro Celso, 100 – Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte**, pessoalmente ou por meio de procurador munido de procuração simples acompanhada de cópia simples do documento de identificação do candidato e do procurador. A documentação deverá vir em envelope lacrado com a identificação do candidato juntamente com o formulário de Protocolo de Entrega de Documentos, conforme Anexo IV. Cumpre ainda informar, que o regime de funcionamento do Protocolo da Unidade Administração Central – ADC da FHEMIG é de segunda-feira a sexta-feira de 8h00m as 16h30m.
- 6.6** Documentações enviadas após os dias e horários estabelecidos no item 6 não serão aceitas;
- 6.7** Após o envio do currículo e das documentações comprobatórias, o candidato receberá uma mensagem eletrônica de confirmação de inscrição;
- 7.** O quadro de vagas ofertadas e o vencimento básico por cargo estão disponíveis no **Anexo II** deste chamamento.
- 8.** Os critérios de classificação e desempate estarão estabelecidos no **Anexo III** deste chamamento.
- 9.** Em nenhuma hipótese, serão aceitas e reconhecidas documentações enviadas por meio de serviço dos CORREIOS.
- 10.DO EXAME MÉDICO PRÉ- ADMISSIONAL**
- 10.1** 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:

10.1.1 Comparecer a MEDWORK, situada na Av. Amazonas nº 2285, Santo Agostinho, nos dias **17 ou 20 ou 21 de julho de 2020**, 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.

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

10.1.3 documento original de identidade, com foto e assinatura;

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

10.1.5 resultado dos seguintes exames laboratoriais, realizados a expensas do candidato:

10.1.5.1 Hemograma completo, com contagem de plaquetas;

10.1.5.2 Glicemia de jejum;

10.1.5.3 Urina rotina;

10.1.5.4 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);

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

10.1.7 Os exames descritos nos subitens 10.1.5.1 a 10.1.5.4, somente serão aceitos se realizados no prazo máximo de 90 (noventa) dias anteriores à data de marcação da perícia médica.

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

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

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

10.2 **OU** o candidato poderá substituir o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) emitido nos termos do item 10.1.1 por um Atestado de Saúde Ocupacional emitido por médico assistente e a apresentação do Questionário de Antecedentes Clínicos constante no Anexo VI.

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

11.DA CONTRATAÇÃO

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) 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**, emitido pela Medwork situado a Avenida Amazonas nº 2285, Santo Agostinho ou o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), com resultado **APTO** emitido por Médico Assistente.
- 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.

12.– DOS IMPEDIMENTOS:

12.1 - 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;

12.2 - 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.

12.3 – 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:

12.3.1- possuir idade igual ou superior a sessenta anos;

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

12.3.3- estar gestante ou lactante.

12.4 - 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.

13. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

a. A pontuação referente aos 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 – Chamamento Público Emergencial nº 02/2020 – Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19 - HOSPITAL DE CAMPANHA.

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 02/2020 – Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19 – HOSPITAL DE CAMPANHA, será divulgado **exclusivamente na página eletrônica da FHEMIG** – www.fhemig.mg.gov.br, link como ingressar na Fhemig ► Chamamento Público Emergencial nº 02/2020 – HOSPITAL DE CAMPANHA, em **16 de julho de 2020, a partir das 18h00m.**

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 10.1, munidos dos documentos descritos no item 10.1.2 e seus subitens.

- e. Os selecionados deverão comparecer, munidos da documentação exigida no item 11 desse Chamamento, nos dias **20 a 22 de julho de 2020**, para a assinatura do contrato, que será feita pela Coordenação de Provimento e Carreiras – CPC, 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 o horário em que deverá comparecer no endereço indicado.
- f. O selecionado deverá se apresentar no Hospital de Campanha, situado na Av. Amazonas, 6200 - Gameleira, Belo Horizonte - EXPOMINAS no **dia 27 de julho de 2020 as 8h00m.**
- 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 0670/2020, de 07/07/2020 .
- 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 V**, 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 poderá ser remanejado para qualquer unidade da rede FHEMIG, conforme necessidade da Fundação.
- k. 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 10.1.5 e seus subitens, de forma a garantir o cumprimento, em tempo hábil, do prazo para assinatura do contrato, **CASO SEJA CONVOCADO.**
- l. O Questionário de Antecedentes Clínicos, constante no Anexo VI, deverá ser preenchido apenas pelos candidatos que optarem pelo entrega do ASO emitido por médico assistente.
- m. 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.

n. Candidatos classificados em Cadastro Reserva poderão ser convocados na medida em que surgirem novas vagas disponibilizadas pelo COFIN, estando estas aptas ao provimento.

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 – Protocolo de Documentos

ANEXO V - Minuta do Contrato Administrativo Celebrado entre a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e o Contratado.

ANEXO VI – Questionário de Antecedentes Clínicos


Belo Horizonte, 07 de julho de 2020

Fábio Baccheretti Vitor

Presidente da FHEMIG

**INSCRIÇÃO /CURRÍCULO PADRÃO CHAMAMENTO PÚBLICO
EMERGENCIAL FHEMIG Nº 01/2020 – HOSPITAL DE CAMPANHA**

1. PARA A FUNÇÃO DE MÉDICO:

		<p align="center">CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL FHEMIG Nº 01/2020 Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19 HOSPITAL DE CAMPANHA</p>	
Local e data	Médico Avaliador	Resultado da avaliação	
CURRÍCULO PADRÃO FHEMIG			Para uso da Unidade
OBS: FAVOR PREENCHER TODOS OS CAMPOS (NÃO SERÁ ACEITO CURRÍCULO COM PREENCHIMENTO INCOMPLETO)			
I – FUNÇÃO PRETENDIDA / MUNICÍPIO/UNIDADE			
Município: Belo Horizonte	Unidade: Hospital de Campanha	Nº de inscrição CRMMG:	no
Especialidade que concorre:			
II – INFORMAÇÕES PESSOAIS			
Nome completo: _____			
Sexo: () Feminino () Masculino			
Data de nascimento: dd/mm/aaaa			
Idade: _____			
Estado civil: () Solteiro () Casado () Outros			
Endereço (Rua, Av.): _____			
Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____			

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: () 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
			Público
			Privado
			Outros; especificar: _____

2. ANTERIORES

() Não possui () Sim

Área de atuação	Tempo de atuação (meses)	Carga Horária Semanal	Tipo de vínculo
			Público
			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. PARA A FUNÇÃO DE ASSISTENTE SOCIAL:

CURRÍCULO PADRÃO

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

FORMAÇÃO ACADÊMICA

➤ Curso de Graduação em SERVIÇO SOCIAL concluído na seguinte instituição de Ensino:

➤ Data de conclusão do curso:

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA DE SERVIÇO SOCIAL E/OU ÁREAS DA SAÚDE LIGADAS AO SERVIÇO SOCIAL

➤ 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 EM SERVIÇO SOCIAL

➤ 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).

_____, ____ de _____ de 2020

Assinatura do candidato

IMPORTANTE:

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

3. PARA A FUNÇÃO DE ENFERMEIRO:

CURRICULO PADRÃO

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

FORMAÇÃO ACADÊMICA

- Curso de Graduação em ENFERMAGEM concluído na seguinte

Instituição de Ensino:

- Data de conclusão do curso:

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO / ESPECIALIZAÇÃO

- 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).

_____, ____ de _____ de 2020

Assinatura do candidato

IMPORTANTE:

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

4. PARA A FUNÇÃO DE 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 APERFEICOAMENTO 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.

_____, _____ de _____ de 2020

Assinatura do candidato

IMPORTANTE:

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

5. PARA A FUNÇÃO DE FISIOTERAPEUTA RESPIRATÓRIO:

CURRICULO PADRÃO

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

FORMAÇÃO ACADÊMICA

- Curso de Graduação em FISIOTERAPIA concluído na seguinte Instituição de Ensino:

- Data de conclusão do curso:

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO / ESPECIALIZAÇÃO

- 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).

_____, _____ de _____ de 2020

Assinatura do candidato

IMPORTANTE:

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

6. PARA A FUNÇÃO DE NUTRICIONISTA:

CURRICULO PADRÃO

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

FORMAÇÃO ACADÊMICA

➤ Curso de Graduação em NUTRIÇÃO concluído na seguinte Instituição de Ensino:

➤ Data de conclusão do curso:

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO E/OU ESPECIALIZAÇÃO

➤ 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).

_____, ____ de _____ de 2020

Assinatura do candidato

IMPORTANTE:

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

7. PARA A FUNÇÃO DE FARMACÊUTICO:

CURRÍCULO PADRÃO

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

FORMAÇÃO ACADÊMICA

- Curso de Graduação em FARMACIA concluído na seguinte Instituição de Ensino:

- Data de conclusão do curso:

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO E/OU ESPECIALIZAÇÃO

- 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:

VIVÊNCIA EM SISTEMAS INFORMATIZADOS DE GESTÃO HOSPITALAR

Informar se trabalhou com sistemas informatizados de Gestão Hospitalar (Ex.: Tasy, MV, SGH/SPDATA, ou outro). Detalhar qual o sistema utilizado e, objetivamente, as operações que realizava na ferramenta.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

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

_____, ____ de _____ de 2020

Assinatura do candidato

IMPORTANTE:

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

8. Para a função de PSICÓLOGO

CURRÍCULO PADRÃO

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

FORMAÇÃO ACADÊMICA

➤ Curso de Graduação em PSICOLOGIA concluído na seguinte Instituição de Ensino:

➤ Data de conclusão do curso:

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO E/OU ESPECIALIZAÇÃO

➤ 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.

_____, ____ de _____ de 2020

Assinatura do candidato

IMPORTANTE:

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

9. PARA A FUNÇÃO DE TÉCNICO DE FARMÁCIA:

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 de Farmácia** concluído na seguinte instituição de Ensino:

➤ Data de conclusão do curso:

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA DE TÉCNICO DE FARMÁCIA

➤ 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:

VIVÊNCIA EM SISTEMAS INFORMATIZADOS DE GESTÃO HOSPITALAR

Informar se trabalhou com sistemas informatizados de Gestão Hospitalar (Ex.: Tasy, MV, SGH/SPDATA, ou outro). Detalhar qual o sistema utilizado e, objetivamente, as operações que realizava na ferramenta.

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

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

_____, ____ de _____ de 2020

Assinatura do candidato

IMPORTANTE:

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

10. TÉCNICO DE PATOLOGIA CLÍNICA

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 de Patologia Clínica** 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 E VENCIMENTO BÁSICO POR CARGO

QUADRO DE VAGAS

Cargo	Nível / Grau	Carga Horária/ Semanal	Função	Vencimento Básico*	Quantitativo de Vagas
MED	III / A	24 horas	Médico – Auditor	R\$ 9.000,00	1
MED	III / A	24 horas	Médico	R\$ 9.000,00	1
MED	III / A	24 horas	Médico – Enfermaria	R\$ 9.000,00	34
MED	I / A	24 horas	Médico	R\$ 7.000,00	50
Cargo	Nível / Grau	Carga Horária/ Semanal	Função	Vencimento Básico*	Quantitativo de Vagas
AGAS	III / A	30 horas	Fisioterapeuta Respiratório	R\$ 3.845,24	10
AGAS	I / A	30 horas	Assistente Social	R\$ 2.645,82	01
AGAS	I / A	30 horas	Farmacêutico	R\$ 2.645,82	01
AGAS	I / A	40 horas	Nutricionista	R\$ 3.464,43	01
AGAS	I / A	30 horas	Psicólogo Clínico	R\$ 2.645,82	01
PENF	IV / A	30 horas	Enfermeiro	R\$ 2.645,82	30
PENF	II / A	40 horas	Técnico em Enfermagem	R\$ 1.755,96	40
TOS	II / A	40 horas	Técnico em Farmácia	R\$ 1.700,03	01
TOS	II / A	40 horas	Técnico em Patologia Clínica	R\$ 1.700,03	06

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.

MÉDICO - MED III A – 24 horas semanais - R\$9.000,00 (Nove mil reais), para candidatos que apresentarem Residência Médica ou Especialização concluídas e registradas no CRM/MG.

MÉDICO – MED I A – 24 horas semanais – R\$ 7.000,00 (sete mil reais) para candidatos que apresentarem apenas a graduação em Medicina.

FISIOTERAPEUTA RESPIRATÓRIO – AGAS III – 30 horas semanais - R\$ 3.845,24 (três mil e oitocentos e quarenta e cinco reais e vinte e quatro centavos).

PSICÓLOGO CLÍNICO – AGAS I – 30 horas semanais - R\$ 2.645,82 (dois mil seiscentos e quarenta e cinco reais e oitenta e dois centavos).

ASSISTENTE SOCIAL – AGAS I – 30 horas semanais - R\$ 2.645,82 (dois mil seiscentos e quarenta e cinco reais e oitenta e dois centavos).

FARMACÊUTICO – AGAS I – 30 horas semanais – R\$ 2.645,82 (dois mil seiscentos e quarenta e cinco reais e oitenta e dois centavos).

NUTRICIONISTA - AGAS I – 40 horas semanais - R\$ 3.464,43 (três mil e quatrocentos e sessenta e quatro reais e quarenta e três centavos).

ENFERMEIRO – PENF IV – 30 horas semanais - R\$ 2.645,82 (dois mil seiscentos e quarenta e cinco reais e oitenta e dois centavos).

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).

TÉCNICO DE FARMÁCIA – TOS II – 40 horas semanais - R\$ 1.700,03 (hum mil, setecentos reais e três centavos).

TÉCNICO DE PATOLOGIA CLÍNICA – TOS II – 40 horas semanais - R\$ 1.700,03 (hum mil, setecentos reais e três centavos).

ANEXO III
QUADROS DE DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS

MÉDICO - MED III A

Médicos para atuação nas Unidades de Internação (Enfermarias)

QUADRO I			
PONTUAÇÃO POR TREINAMENTOS, CURSOS DE CAPACITAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E ESPECIALIZAÇÃO	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	
Residência ou Título de Especialista (AMB) em Infectologia, Pneumologia, Cardiologia, Terapia Intensiva ou em Medicina de Emergência	10,0		
Participação em cursos, congressos na especialidade de Terapia Intensiva ou Medicina de Emergência (cada item 2,5 – máximo 10,0)	10,0		
Publicações científicas na área de Terapia Intensiva ou Medicina de Emergência (cada item 2,5 – máximo 10,0)	10,0		
Aprovação em cursos de suporte avançado nos últimos 2 anos (ACLS, ATLS, MAVIT, SAVI, etc) – cada item 5,0 – máximo 10,0	10,0		
PONTUAÇÃO MÁXIMA	40,0		
QUADRO II			
PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO			
Médico com Residência Médica ou Título de Especialista emitido pela AMB – Tempo de serviço prestado como médico na especialidade médica, em instituição de saúde pública ou privada	MESES	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
	No mínimo 11 meses	8,0	
	12 a 23 meses	18,0	
	24 a 35 meses	30,0	
	36 a 47	44,0	
Mais de 48 meses	60,0		
PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO			60,0
PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II			100,0

MÉDICO - MED III A

Médicos

QUADRO I			
PONTUAÇÃO POR TREINAMENTOS, CURSOS DE CAPACITAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E ESPECIALIZAÇÃO		PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
Residência ou Título de Especialista (AMB) registrados no CRMMG		10,0	
Participação em cursos, congressos na área de gestão em saúde (cada item 2,5 – máximo 10,0)		10,0	
Mestrado ou Doutorado (cada item 5,0 – máximo 10,0)		10,0	
Publicações científicas na área de gestão em Saúde (cada item 2,5 – máximo 10,0)		10,0	
PONTUAÇÃO MÁXIMA		40,0	
QUADRO II			
PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO			
Médico com pós graduação em Gestão em Saúde – Tempo de serviço prestado como médico na área de gestão em saúde, em instituição de saúde pública ou privada	MESES	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
	No mínimo 11 meses	8,0	
	12 a 23 meses	18,0	
	24 a 35 meses	30,0	
	36 a 47	44,0	
	Mais de 48 meses	60,0	
PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO			60,0
PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II			100,0

MÉDICO - MED I A

QUADRO I			
PONTUAÇÃO POR TREINAMENTOS, CURSOS DE CAPACITAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E ESPECIALIZAÇÃO		PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
Residência Médica em andamento (mínimo de 12 meses já cursados)		10,0	
Participação em cursos, congressos na especialidade Infectologia, Pneumologia, Cardiologia, Terapia Intensiva ou Medicina de Emergência (cada item 2,5 – máximo 10,0)		10,0	
Publicações científicas na área de Infectologia, Pneumologia, Cardiologia, Terapia Intensiva ou Medicina de Emergência (cada item 2,5 – máximo 10,0)		10,0	
Aprovação em cursos de suporte avançado nos últimos 2 anos (ACLS, ATLS, MAVIT, SAVI, etc) – cada item 5,0 – máximo 10,0		10,0	
PONTUAÇÃO MÁXIMA		40,0	
QUADRO II			
PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO			
Médico – Tempo de serviço prestado como médico em instituição de saúde pública ou privada	MESES	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
	No mínimo 11 meses	8,0	
	12 a 23 meses	18,0	
	24 a 35 meses	30,0	
	36 a 47	44,0	
	Mais de 48 meses	60,0	
PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO			60,0
PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II			100,0

MÉDICO – III A

Médico para atuação como Médico Auditor

QUADRO I			
PONTUAÇÃO POR TREINAMENTOS, CURSOS DE CAPACITAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E ESPECIALIZAÇÃO	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	
Residência ou Título de Especialista (AMB) registrados no CRMMG	10,0		
Participação em cursos, congressos na área de Auditoria Médica ou em Auditoria em saúde (cada item 2,5 – máximo 10,0)	10,0		
Mestrado ou Doutorado (cada item 5,0 – máximo 10,0)	10,0		
Publicações científicas na área de Auditoria Médica ou Auditoria em Saúde (cada item 2,5 – máximo 10,0)	10,0		
PONTUAÇÃO MÁXIMA	40,0		
QUADRO II			
PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO AUDITOR			
Médico com pós graduação em Auditoria Médica – Tempo de serviço prestado como médico na área de auditoria médica ou auditoria em saúde, em instituição de saúde pública ou privada	MESES	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
	No mínimo 11 meses	8,0	
	12 a 23 meses	18,0	
	24 a 35 meses	30,0	
	36 a 47	44,0	
	Mais de 48 meses	60,0	
PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO			60,0
PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II			100,0

ANALISTA DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE – AGAS III

Fisioterapeuta Respiratório

PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO PRESENCIAL NO ATENDIMENTO DE PACIENTES NO ÂMBITO HOSPITALAR	PONTOS
*Curso com carga horária maior do que 09 horas até 20 horas.	2
*Curso com carga horária acima de 20 horas até 50 horas	3

*Curso com carga horária acima de 50 horas	5
PONTUAÇÃO MÁXIMA	10

* 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 Fisioterapeuta Respiratório em Cuidados Intensivos e Urgência e Emergência em Âmbito Hospitalar	1	25
	2	40
	3	60
	4	70
	5	90
PONTUAÇÃO MÁXIMA	90	
PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA	100	

ANALISTA DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA À SAUDE – AGAS I

Assistente Social

PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E/OU ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA DE SERVIÇO SOCIAL	PONTOS
Curso de Especialização de no mínimo 360 horas	10,0
Curso de Aperfeiçoamento de no mínimo 20 h, cada curso 1,0 ponto, máximo de 5,0 pontos	5,0
PONTUAÇÃO MÁXIMA	15

PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 05 ANOS	Pontuação atribuída a cada ano completo de exercício sem sobreposição de tempo.	
	ANO(S)	PONTOS
	1	25
	2	40

EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO COMO ASSISTENTE SOCIAL HOSPITALAR	3	55
	4	70
	5	85
PONTUAÇÃO MÁXIMA		85
PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA		100

ANALISTA DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA À SAUDE NÍVEL I – AGAS I**Farmacêutico**

PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E/OU ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA DE FARMÁCIA	PONTOS
Curso de Especialização de no mínimo 360 horas	10,0
Curso de Aperfeiçoamento de no mínimo 20 h, cada curso 1,0 ponto, máximo de 5,0 pontos	5,0
PONTUAÇÃO MÁXIMA	15

PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 05 ANOS	Pontuação atribuída a cada ano completo de exercício sem sobreposição de tempo.	
	ANO(S)	PONTOS
EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO COMO FARMACÊUTICO HOSPITALAR	1	25
	2	40
	3	55
	4	70
	5	85
PONTUAÇÃO MÁXIMA		85
PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA		100

ANALISTA DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA À SAUDE – AGAS I**Nutricionista**

PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E/OU	PONTOS
--	---------------

ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA DE NUTRIÇÃO	
Curso de Especialização de no mínimo 360 horas	10,0
Curso de Aperfeiçoamento de no mínimo 20 h, cada curso 1,0 ponto, máximo de 5,0 pontos	5,0
PONTUAÇÃO MÁXIMA	15

PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 05 ANOS	Pontuação atribuída a cada ano completo de exercício sem sobreposição de tempo.	
	ANO(S)	PONTOS
EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO COMO NUTRIÇÃO HOSPITALAR	1	25
	2	40
	3	55
	4	70
	5	85
PONTUAÇÃO MÁXIMA	85	
PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA	100	

ANALISTA DE GESTÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE – AGAS I

Psicólogo

PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E/OU ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA DE PSICOLOGIA DA SAÚDE OU PSICOLOGIA HOSPITALAR	PONTOS
Curso de Especialização de no mínimo 360 horas	5,0
Residência Multiprofissional	10
PONTUAÇÃO MÁXIMA	15

PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 05 ANOS	Pontuação atribuída a cada ano completo de exercício sem sobreposição de tempo.	
	ANO(S)	PONTOS
EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO COMO PSICÓLOGO HOSPITALAR	1	25
	2	40
	3	55
	4	70
	5	85
PONTUAÇÃO MÁXIMA		85
PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA		100

PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM – PENF IV

Enfermeiro

PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO NO ATENDIMENTO DE PACIENTES NO ÂMBITO HOSPITALAR	PONTOS
*Curso com carga horária maior do que 09 horas até 20 horas.	1
*Curso com carga horária acima de 20 horas até 50 horas	2
*Curso com carga horária acima de 50 horas	3
ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA INTENSIVA, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA- Certificado de conclusão de curso de pós-graduação em nível de especialização lato sensu, com carga horária mínima de 360 horas, reconhecido pelo Ministério da Educação, na função pleiteada.	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 NOS ÚLTIMOS 05 ANOS	Pontuação atribuída a ciclo de um ano completo de exercício sem sobreposição de tempo.	
Experiência de Exercício na área de Enfermagem em Clínica Médica, Cuidados Intensivos e Urgência e Emergência em Âmbito Hospitalar	ANO(S)	PONTOS
	1	25
	2	40
	3	55
	4	70
	5	85
PONTUAÇÃO MÁXIMA	85	
PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA	100	

PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM – PENF II

Técnico de Enfermagem

PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO 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.	
Experiência de Exercício como Técnico de Enfermagem em Clínica Médica, Cuidados	ANO(S)	PONTOS
	1	25
	2	40

Intensivos e Urgência e Emergência em Âmbito Hospitalar	3	55
	4	70
	5	85
PONTUAÇÃO MÁXIMA		85
PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA		100

TÉCNICO OPERACIONAL DE SAÚDE – TOS II**Técnico de Farmácia**

PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO/APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA DE TÉCNICO DE FARMÁCIA	PONTOS
Curso com carga horária até 20 horas	5
Curso com carga horária maior do que 20 horas	10
PONTUAÇÃO MÁXIMA	15
PONTUAÇÃO POR REALIZAÇÃO DE CURSOS NA ÁREA DE INFORMÁTICA	PONTOS
Microsoft Word Básico	03
Microsoft Excel Avançado	07
PONTUAÇÃO MÁXIMA	10

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.	
Experiência de Trabalho comprovada como técnico de Farmácia	ANO(S)	PONTOS
	1	15
	2	30
	3	45
	4	60
	5	75

PONTUAÇÃO MÁXIMA	75
PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA	100

TÉCNICO OPERACIONAL DA SAÚDE – TOS II

Técnico em Patologia Clínica

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 Patologia 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
Experiência Comprovada de no mínimo 01 ano em coleta de amostras biológicas		15
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**.
3. Maior idade.

ANEXO IV

**PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS
CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 01/2020
HOSPITAL DE CAMPANHA
Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19**

Nome do Candidato:

Função:

Recebido por:

Data do recebimento: / /2020

Assinatura e MASP:

Via da FHEMIG

ANEXO IV

**PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS
CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 01/2020
HOSPITAL DE CAMPANHA
Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19**

Nome do Candidato:

Função:

Recebido por:

Data do recebimento: / /2020

Assinatura e MASP:

Via do candidato

ANEXO V

**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 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 de Campanha – EXPOMINAS, 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 120 (cento e vinte) dias, tendo início em XX/07/2020.

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 0670/2020, de 07/07/2020, 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 julho de 2020.

Alice Guelber Melo Lopes
Diretora de Gestão de Pessoas – DIGEPE

Contratado(a) - CPF

TESTEMUNHAS:

1)NOME:

2) NOME:

CPF:

CPF:

ENDEREÇO:

ENDEREÇO:

ANEXO VI

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)