

CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 49/2020
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 49/2020, a partir das 09h00m do dia **10 de outubro de 2020** até às 17h00m do dia **13 de outubro de 2020** (horário de Brasília), por meio do **recebimento de inscrições**, em meio eletrônico, conforme estabelecidos no teor deste Chamamento, para atuação na **Unidade Alternativa de Assistência à Saúde – UAAS-GV**, da rede FHEMIG, para atuação nos leitos clínicos de retaguarda. Trata-se de contratação **temporária e imediata** de profissionais conforme estabelecido no **Quadro de Vagas**, constante no **Anexo II**, autorizadas por meio do Ofício COFIN nº 295/2020, de 15 de abril de 2020, Ofício COFIN nº 0671/2020, de 07 de julho 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 **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 III**: 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 - CRMMG, ACUMULADO com Certificado de Conclusão da Residência Médica ou Especialização Lato Sensu ou Título de Especialidade Médica emitido pela Associação Médica Brasileira – AMB (original e cópia), nos termos da Resolução CFM nº 1.845/2008 de

17/07/2008, **em qualquer especialidade**, 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 **MÉDICO I**: 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 – CRMMG.

2.3 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 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. 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**.
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 ESCANEADA DE TODOS** os comprovantes relativos às informações prestadas pelo candidato (cursos de capacitação e experiência profissional) no ato do preenchimento do currículo padrão a ser encaminhado via e-mail.
6. As inscrições enviadas fora do período estabelecido neste chamamento serão **automaticamente excluídos** do processo.
7. Somente serão aceitas como inscrição neste processo aqueles em que a entrega de documentação se deu por e-mail conforme categoria indicada no

item 7.1.

7.1 . A entrega por e-mail deverá ser encaminhada para os seguintes endereços eletrônicos, conforme as funções:

Endereços eletrônicos para recebimento de currículos	Funções
hgv.chamamentopenf@fhemig.mg.gov.br	Técnico de Enfermagem
hgv.chamamentomed@fhemig.mg.gov.br	Médicos

O e-mail encaminhado deverá ser identificado no assunto como: **Número do Chamamento, nome completo do candidato e função para a qual está se inscrevendo** e deverão, obrigatoriamente, apresentar a documentação requerida no item 5 deste regulamento, sob pena de exclusão automática do processo.

8. O quadro de vagas ofertadas neste chamamento e o vencimento básico por cargo estão disponíveis no **Anexo II** deste chamamento.
9. Os critérios de classificação e desempate estarão estabelecidos no **Anexo III** deste chamamento.

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, no dia **19 de outubro 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:

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

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

10.1.2.3. Resultado dos seguintes exames laboratoriais,
realizados às 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. Os exames descritos no item 10.1.2.3 e subitens, somente serão aceitos se realizados no prazo máximo de 90 (noventa) dias anteriores à data de marcação da perícia médica.

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

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

10.1.6. 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, conforme estabelecido no Decreto Estadual nº 47.901, de 31 de março de 2020.

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 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) Todos os documentos comprobatórios dos pré-requisitos conforme estabelecido no item 2 e seus subitens, de acordo com a função para a qual está concorrendo.
- 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 **MEDWORK OU** o Atestado de Saúde Ocupacional emitido por profissional médico assistente e a apresentação do Questionário de Antecedentes Clínicos.
- j) **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;

- k) DECLARAÇÃO DE PARENTES, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
- l) DECLARAÇÃO DE NÃO PENALIDADE, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
- m) DECLARAÇÃO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
- n) DECLARAÇÃO DE CARGO E EMPREGO, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
- o) DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIO, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
- p) TERMO DE COMPROMISSO SOLENE, preenchido em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
- q) DECLARAÇÃO Grupo de risco COVID-19 e Ajustamento Funcional.

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.

11.3. 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:

11.3.1 - possuir idade igual ou superior a sessenta anos;

11.3.2 - portar doença crônica, tais como diabetes, hipertensão, cardiopatia, doença respiratória, pacientes oncológicos e

imunossuprimidos;

11.3.3 - 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.

11.4. 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.

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 49/2020 – 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 49/2020 – Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19, será divulgado **exclusivamente na página eletrônica da FHEMIG** – www.fhemig.mg.gov.br, Chamamento Público Emergencial nº 49/2020, a partir de 16 de outubro de 2020, a partir das 17h00m.

12.4. Os selecionados deverão comparecer, munidos da documentação exigida no item 11 desse Chamamento (incluindo o Atestado de Saúde

Ocupacional - ASO), entre os dias **20 e 21 de outubro de 2020**, para a assinatura do contrato, que será feita pela **Coordenação Gestão de Pessoas – CGP** da Unidade Alternativa de Assistência à Saúde – UAAS-GV, localizada na Rua Conde Pereira Carneiro, Número 364, Bairro Gameleira, Belo Horizonte - MG, CEP 30510-010, telefone (31) 3319-8913, conforme dia e horário publicado no Resultado Final deste Chamamento. **Cabe a cada candidato convocado consultar e verificar o dia e horário em que deverá 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 se apresentar à Coordenação de Gestão de Pessoas – CGP da Unidade Alternativa de Assistência à Saúde Galba Velloso – UAASGV, um dia após a assinatura de contrato, munido da Carta de Apresentação, que terá sido entregue no dia da assinatura do Contrato.

12.7. A contratação decorrente deste Certame terá duração por tempo determinado de 90 (noventa) 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.

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 V**, 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, às suas expensas, conforme descritos no item 10.1.2.3 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.

12.12 Candidatos classificados em Cadastro Reserva poderão ser convocados na medida em que surgirem novas vagas disponibilizadas pelo COFIN e que estiverem aptas ao provimento.

ANEXOS

ANEXO I – Inscrição / Currículo Padrão;

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 Grupo de risco COVID-19 e Ajustamento Funcional.

Belo Horizonte, 09 de outubro de 2020.

Fábio Baccheretti Vitor
Presidente da FHEMIG

ANEXO I
INSCRIÇÃO / CURRÍCULO PADRÃO

1. _____ (coloque aqui sua função)

CURRÍCULO PADRÃO

Nome Completo:

Data de

Nascimento:

Endereço:

Telefon

e:

E-mail:

FORMAÇÃO ACADÊMICA

➤ Graduação em _____ concluída 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))

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
MED	III / A	24 horas	Médico	05
MED	I / A	24 horas	Médico	07
PENF	II / A	40 horas	Técnico de Enfermagem	07

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) PENF II / 40 H semanais – R\$ 1.755,96 (um mil, setecentos e cinquenta e cinco reais e noventa e seis centavos).
- B) MED I / 24 H semanais – R\$ 3.960,16 (três mil, novecentos e sessenta reais e dezesseis centavos)
- C) MED III / 24 H semanais – R\$ 5.801,50 (cinco mil, oitocentos e um reais e cinquenta centavos)

ANEXO III

QUADROS DE DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS/CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO E DESEMPATE

MED III - Médico

QUADRO I			
PONTUAÇÃO POR FORMAÇÃO PROFISSIONAL	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	
Residência ou Especialização ou Título de Especialista em Terapia Intensiva ou Anestesiologia	20,0	30,00	
Residência ou Especialização em Clínica Médica, Infectologia	10,0		
Participação em cursos, congressos na especialidade infectologia (cada item 2,5 – máximo 5,0)	5,0	5,0	
Aprovação em cursos de suporte avançado nos últimos 2 anos (ACLS, ATLS, MAVIT, SAVI, etc) – cada item 5,0 – máximo 10,0	5,0	5,0	
PONTUAÇÃO MÁXIMA	40,00		
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/ou Terapia Intensiva ADULTO , em instituição de saúde pública ou privada.	MESES	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
	No mínimo 06 meses	12,0	60,00
	07 a 12 meses	24,0	
	13 a 24 meses	36,0	
	25 a 36 meses	48,0	
	Mais de 37 meses	60,0	
PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO			60,00
PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II		100,00	

MED I – Médico

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	10,0	
Participação em cursos, congressos na especialidade Infectologia, Pneumologia, Cardiologia, Terapia Intensiva, Medicina de Emergência ou Clínica Médica (cada item 2,5 – máximo 10,0)	2,5	10,0	
Publicações científicas na área de Infectologia, Pneumologia, Cardiologia, Terapia Intensiva, Medicina de Emergência ou Clínica Médica	2,5	10,0	
Aprovação em cursos de suporte avançado nos últimos 2 anos (ACLS, ATLS, MAVIT, SAVI, etc)	5,0	10,0	
PONTUAÇÃO MÁXIMA	40,00		
QUADRO II			
PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO			
	MESES	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
Médico – Tempo de serviço prestado como médico em Urgência e Emergência e/ou Terapia Intensiva ADULTO em instituição de saúde pública ou privada	No mínimo 11 meses	8,0	60,00
	12 a 23 meses	18,0	
	24 a 35 meses	30,0	
	36 a 47 meses	44,0	
	Mais de 48 meses	60,0	
PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO			60,00
PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II			100,00

Profissional de Enfermagem – PENF II – Técnico em Enfermagem

QUADRO I			
PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO PRESENCIAL NO ATENDIMENTO DE PACIENTES NO ÂMBITO HOSPITALAR	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	
Curso, na área de atuação, com carga horária até 08 horas	1,0		
Curso, na área de atuação, com carga horária maior do que 09 horas até 20 horas	5,0		
Curso, na área de atuação, com carga horária acima de 20 horas	9,0		
PONTUAÇÃO MÁXIMA	15,00		
QUADRO II			
PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 05 ANOS			
	ANOS	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
Experiência de Exercício como Técnico de Enfermagem em Clínica Médica, Cuidados Intensivos e Urgência e/ou Emergência ADULTO em Âmbito Hospitalar	Entre 01 e 02 anos	25,0	
	Entre 02 e 03 anos	40,0	
	Entre 03 e 04 anos	55,0	
	Entre 04 e 05 anos	70,0	
	Mais de 05 anos	85,0	
PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO			85,00
PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II			100,00

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

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. Candidato com 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 Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - Serra Verde, Belo Horizonte - MG, 31630-900 Capital, doravante denominada CONTRATANTE, representada pela Diretora de Gestão de Pessoas, e o Sr.(a) XXXXXXXXXXXX, CI:XXXXXXX CPF: XXXXXXXXX, residente à XXXXXXXXXXXXXXXX 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 Alternativa de Assistência à Saúde Galba Velloso (UAAS-GV), 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 90 (noventa) dias, tendo início em XX/XX/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 à percepção de tais benefícios pelo contratado.

CLÁUSULA QUARTA

As contratações ocorrerão de acordo com o estabelecido no Of.COFIN nº0295/2020, de 15/04/2020, Processo SEI Nº 2270.01.00XXXX/2020-XX, e no Of. COFIN nº 0671/2020, de 07/07/2020, 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 junho de 2020.

Alice Guelber Melo Lopes
Diretora de Gestão de Pessoas – DIGEPE

Elizângela Tavares Santos Lima
Diretora da Unidade Alternativa de Assistência à Saúde do Galba Velloso – UAAS-GV

Contratado(a) - CPF

TESTEMUNHAS:

1) NOME:

CPF:

ENDEREÇO:

2) NOME:

CPF:

ENDEREÇO:

ANEXO V

QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS

NOME: _____

CPF: _____ RG: _____ SEXO: M F

MI 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 freqüência 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		

- 2) Faz uso de medicação de uso contínuo ou controlado? () Não () Sim.
 Quais? (Citar todos, inclusive a dosagem).
- 3) Faz, ou já fez, algum controle médico específico (oncológico, cardiológico, neurológico, endocrinológico, pneumológico,outro)? () Não () Sim.
 Qual(is)?
- 4) Já sofreu internação hospitalar (por doença, cirurgia ou outroprocedimento)?
 () Não () Sim. Qual(is)?
- 5) Já sofreu alguma fratura? () Não () Sim._Tipo(s)?
- 6) 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?

- 7) Apresenta ou já apresentou problema de audição ou visão? () Não () Sim.
 Qual(is)?
- 8) É tabagista? () Não () Sim.
 Cigarros/dia? _____
 Há quanto tempo? _____
- 9) 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 (porexemplo: 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 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 possuo restrição de
atividade laboral ou ajustamento funcional.

Belo Horizonte, ____ de ____ de _____

Assinatura do Declarante