

CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 26/2021
Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19

A Presidente da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais **TORNA PÚBLICO** que estará aberto o Chamamento Público Emergencial nº 26/2021, **a partir das 09h00min (conforme horário de Brasília) do dia 24 de março de 2021 até às 17h00min (conforme horário de Brasília) do dia 26 de março de 2021**, por meio do recebimento de inscrições conforme estabelecido no teor deste Chamamento, para desempenho de atividades funcionais no **Hospital Alberto Cavalcanti - HAC**, da rede FHEMIG, para atuarem nos leitos clínicos de retaguarda. Trata-se de contratação temporária e imediata de profissionais para desempenho de atividades referentes às funções descritas no Quadro de Vagas, constante no Anexo II, autorizada por meio do Ofício COFIN nº 295/2020, de 15 de abril de 2020.

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

1. Esta contratação se dará por meio de assinatura de contrato administrativo, em conformidade com o Inciso I do art. 3º da Lei 23.750 de 23 de dezembro de 2020, 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 48.097 de 23 de dezembro de 2020 – inciso I do art. 2º.

2. Somente serão considerados aptos a participarem desta seleção, os candidatos que apresentarem como **PRÉ-REQUISITO**:

2.1. Para a função de **MÉDICO ESPECIALISTA (MED 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 **FISIOTERAPEUTA RESPIRÁTARIO:**

Conclusão do 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 Respiratória adulto ou CTI/UTI** adulto com carga horária de no mínimo 360 horas, e registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais.

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 excluídas** do processo.

7. Somente será aceita como inscrição neste processo a entrega de documentação que se der por e-mail conforme categoria indicada no item 7.1.

7.1- A entrega por e-mail deverá ser encaminhada para o seguinte endereço eletrônico, conforme a função:

E-mail's para recebimento de currículos	Categorias
pss.hac@fhemig.mg.gov.br	Médicos
hac.recrutamento@fhemig.mg.gov.br	Fisioterapeuta Respiratório e Técnico de Enfermagem

O e-mail encaminhado deverá ser identificado no assunto com: **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 a remuneração 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 **05 de abril de 2021**, 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.

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

10.1.1.1.1 - Documento original de identidade, com foto e assinatura;

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

10.1.1.1.3 - Resultado dos seguintes exames laboratoriais, **realizados a expensa 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);

10.1.1.2 - 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 10.1.1.1.3 e subitens, somente serão aceitos se realizados no prazo máximo de 90 (noventa) dias anteriores à data de marcação da perícia médica.

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

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

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

10.1.2 **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.

10.2-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:

- 11.1.1- 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.
- 11.1.2- 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;
- 11.1.3- 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;
- 11.1.4- Cadastro nacional de pessoas físicas – CPF;
- 11.1.5- Certificado de reservista ou de dispensa de incorporação, se masculino;
- 11.1.6- Comprovante de endereço atualizado (dos últimos 90 dias) e em nome do convocado (a);
- 11.1.7- Certidão de casamento (se casado) ou certidão averbada (se divorciado);
- 11.1.8- 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;
- 11.1.9- 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.
- 11.1.10- 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;
- 11.1.11- DECLARAÇÃO DE PARENTES, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
- 11.1.12- DECLARAÇÃO DE NÃO PENALIDADE, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
- 11.1.13- DECLARAÇÃO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
- 11.1.14- DECLARAÇÃO DE CARGO E EMPREGO, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);

11.1.15- DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIO, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);

11.1.16- TERMO DE COMPROMISSO SOLENE, preenchido em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);

11.1.17- 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, ressaltando 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 26/2021 – 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 26/2021 – Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19, será divulgado **exclusivamente na página eletrônica da FHEMIG** – www.fhemig.mg.gov.br, Chamamento Público Emergencial nº 26/2021, no dia **31 de março de 2021** a partir das 18h00m.

12.4. Os selecionados deverão comparecer, munidos da documentação exigida no item 11 desse Chamamento (incluindo o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO), no dia **06 e 07 de abril de 2021**, para a assinatura do contrato, que será feita pela **Coordenação Gestão de Pessoas – CGP** do Hospital Alberto Cavalcanti, localizado na Rua Camilo de Brito, Número 636, Bairro Padre Eustáquio, Belo Horizonte - MG, CEP 30730-540, telefone (31) 3469-1828, 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.**

12.4. 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.

12.5. O selecionado deverá se apresentar à Coordenação de Gestão de Pessoas – do Hospital Alberto Cavalcanti – HAC, um dia após a assinatura de contrato, munido da Carta de Apresentação, que terá sido entregue no dia da assinatura do Contrato.

12.6. 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.

12.7. Na hipótese de extinção da causa justificadora da contratação durante a vigência do contrato, este será rescindido nos termos previstos no art. 16 da Lei 23.750/2020 e art. 12 do Decreto 48.097/2020.

12.8. 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.

12.9. **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 10.1.1.1.3 e seus subitens, de forma a garantir o cumprimento, em tempo hábil, do prazo para assinatura do contrato, CASO SEJA CONVOCADO.**

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

12.11 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 Vencimento 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, 23 de março de 2021.

Renata Ferreira Leles Dias
Presidente da FHEMIG

ANEXO I
INSCRIÇÃO / CURRÍCULO PADRÃO / MEDICO E FISIOTERAPEUTA RESPIRATÓRIO

1. _____ (coloque aqui sua função)

CURRICULO PADRÃO

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

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 DEMOTIVOS

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

_____/_____/2021 _____
Assinatura do(a) candidato(a)

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

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

CURRÍCULO PADRÃO

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

FORMAÇÃO ACADÊMICA

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

- Data de conclusão do curso:

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

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

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

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

HISTÓRICO DAS EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS

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

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

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

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

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

____/____/2020

(assinatura do(a) candidato(a))

IMPORTANTE:

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

ANEXO II
QUADRO DE VAGAS

Cargo	Nível / Grau	Carga Horária/ Semanal	Função	Quantitativo de Vagas
MED	III/ A	24 horas	Médico	07
AGAS	III/A	30 horas	Fisioterapeuta Respiratório	04
PENF	II/A	40 horas	Técnico de Enfermagem	25

VENCIMENTO BÁSICO POR CARGO*

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

- A) MÉDICO - MED III – 24 horas semanais - R\$ 5.801,50 (cinco mil, oitocentos e um reais reais e cinquenta centavos).**
- B) FISIOTERAPEUTA RESPIRATÓRIO - AGAS III – 30 horas semanais - R\$ 3.845,24 (Três mil, oitocentos e quarenta e cinco reais e vinte e quatro centavos).**
- C) TÉCNICO DE ENFERMAGEM - PENF II – 40 horas semanais - R\$ 1.755,96 (Hum mil, setecentos e cinquenta e cinco reais e novemta e seis centavos).**

ANEXO III

QUADROS DE DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS/CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO E DESEMPATE

MED III – Médico

QUADRO I		
PONTUAÇÃO POR TREINAMENTOS, CURSOS DE CAPACITAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E ESPECIALIZAÇÃO.	PONTUAÇÃO	
Residência ou Especialização em outra especialidade médica diferente da pretendida	15,0	
Residência ou Especialização em Terapia Intensiva	20,0	
Aprovação no ACLS nos últimos 2 anos	5,0	
PONTUAÇÃO MÁXIMA	40,0	
QUADRO II		
PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO EM CTI		
Médico com residência médica ou título de especialista registrado no CRM - Tempo de serviço prestado como médico na especialidade médica em CTI.	10,0	
PONTUAÇÃO MÁXIMA	10,0	
QUADRO III		
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 na especialidade médica, em instituição de saúde pública ou privada.	MESES	PONTUAÇÃO
	No mínimo 11 meses	10,0
	12 a 23 meses	20,0
	24 a 35 meses	30,0
	36 a 47 meses	40,0
	Mais de 48 meses	50,0
PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO	50,0	
PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II E COM O QUADRO III	100,00	

AGAS III – Fisioterapeuta Respiratório

QUADRO I		
PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO PRESENCIAL NO ATENDIMENTO DE PACIENTES NO ÂMBITO HOSPITALAR	PONTUAÇÃO	
Aprovação no BLS (Basic Life Support) nos últimos 2 anos	5,0	
Aprovação no PVMA (Princípios de Ventilação Mecânica no Adulto) nos últimos 2 anos	5,0	
Aprovação no ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support) nos últimos 2 anos	5,0	
PONTUAÇÃO MÁXIMA	15,00	
QUADRO II		
PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 05 ANOS		
	MESES	PONTUAÇÃO
Experiência de Exercício como Fisioterapeuta Respiratório em Terapia Intensiva e Urgência e Emergência em Âmbito Hospitalar	Entre 03 e 06 meses	25,0
	Entre 07 e 12 meses	40,0
	Entre 13 e 24 meses	55,0
	Entre 25 e 36 meses	70,0
	Mais de 37 meses	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 02 (dois) anos, contados da data da entrega dos documentos na etapa de análise curricular.

PENF II – TÉCNICO DE ENFERMAGEM

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

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

PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 05 ANOS	Pontuação atribuída a ciclo de um ano completo de exercício sem sobreposição de tempo.	
Experiência de Exercício como Técnico 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

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 TEMPORÁRIO

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 TEMPORÁRIO ABAIXO ESPECIFICADO NOS TERMOS DA LEI Nº 23.750 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2020 E DECRETO N.º 48.097 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2020.

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, CEP nº 31630-901, Capital, doravante denominada CONTRATANTE, representado pelo Sr. Diretor de Gestão de Pessoas, e o(a) Sr.(a) **XXXXXXXXXXXXX, IDENTIDADE MG – X.XXX.XXX, CPF nº XXX.XXX.XXX-XX, residente à RUA XXXXXXXXXXXXI, Nº XXX, BAIRRO : XXXXXXXX, CIDADE: XXXXXXXXXXXX, CEP nº XX.XXX.XXX**, denominado CONTRATADO TEMPORÁRIO, nos termos do inciso I do art. 3º da Lei nº 23.750 de 23 de dezembro de 2020 e do inciso I do art. 2º do Decreto n.º 48.097 de 23 de dezembro de 2020 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 de **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, com Carga Horária semanal de **XX horas**, a serem executados pelo CONTRATADO TEMPORÁRIO à CONTRATANTE na unidade **HOSPITAL XXXXXXXXXXXXXXXX**.

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 **XXX** (dias escrito por extenso) dias, tendo início em **XX/XX/2021**.

CLÁUSULA TERCEIRA

Como contraprestação do serviço prestado o contratado receberá a título de vencimento básico o valor de **R\$ X.XXX,XX**

(valor escrito por extenso).

PARÁGRAFO PRIMEIRO

O CONTRATADO TEMPORÁRIO poderá ainda fazer jus a gratificações, prêmios e/ou adicionais, quando autorizados em legislação.

CLÁUSULA QUARTA

O presente contrato será rescindido, sem direito a indenizações:

- a) pelo término do prazo contratual;

- b) por iniciativa do contratado;
- c) por iniciativa da CONTRATANTE, quando da extinção da causa transitória justificadora da contratação;
- d) por descumprimento de cláusula contratual pelo contratado, mediante procedimento administrativo disciplinar e garantida a ampla defesa.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

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

PARÁGRAFO SEGUNDO

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

PARÁGRAFO TERCEIRO

A extinção do contrato, nos termos da alínea "c" será precedida de comunicação e competirá à autoridade máxima do órgão, da autarquia ou da fundação contratante declarar imediatamente a extinção da causa transitória justificadora da contratação, considerando-se, a partir da data de comunicação ou da publicação da respectiva declaração, rescindidos os contratos vigentes, desde que os contratados sejam comunicados com antecedência mínima de trinta dias.

CLÁUSULA QUINTA

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

PARÁGRAFO ÚNICO

É facultada ao CONTRATADO TEMPORÁRIO a assistência médica, hospitalar e odontológica prestada pelo Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais - IPSEMG, a qual será custeada por contribuição do CONTRATADO, com alíquota de 3,2% (três vírgula dois por cento), a ser descontada da remuneração de contribuição, nos termos do regulamento daquela autarquia.

CLÁUSULA SEXTA

Ao assinar o presente contrato o CONTRATADO TEMPORÁRIO 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 TEMPORÁRIO passar a ter vínculo permanente com o Poder Público, o presente contrato será rescindido, salvo nos casos de acumulação permitida em lei.

CLÁUSULA SÉTIMA

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 TEMPORÁRIO e a CONTRATANTE.

CLÁUSULA OITAVA

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, quarta-feira, XX de XXXXXXXX de 2021.

Leonan Felipe dos Santos
Diretor de Gestão de Pessoas

(nome do Diretor da Unidade)
Diretor da Unidade

(nome do Contratado Temporário)
Função

TESTEMUNHAS:

1. Nome:

CPF:

Endereço:

2. Nome:

CPF:

Endereço:

ANEXO V
QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS

NOME: _____ CPF: _____

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? _____

07 Por quais períodos? _____

Por quais motivos? _____

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

() Não () Sim. Qual(is)? _____

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

Há quantotempo? _____

10 – É etilista (consome bebida alcoólica)? () Não () Sim.

Quantidade: _____

Frequência: _____

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

() Não () Sim. Qual(is)? _____

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

() Não () Sim. Qual(is)? _____

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

Qual(is)? _____

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

Qual(is)? _____

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

() Não () Sim. Qual(is)? _____

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

() Não () Sim. Qual(is)? _____

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

Qual(is)? _____

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

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

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

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura do Declarante

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

ANEXO VI
DECLARAÇÃO

GRUPO DE RISCO DA COVID-19 E AJUSTAMENTO FUNCIONAL

Eu, _____ MASP: _____,
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.

_____, _____ de _____ de 2021
LOCAL DATA

Assinatura do Declarante

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