

CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 28/2021

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 28/2021, **a partir das 19h00min (conforme horário de Brasília) do dia 25 de março de 2021 até as 22h00min (conforme horário de Brasília) do dia 29 de março de 2021**, por meio do recebimento de inscrições conforme estabelecido no teor deste Chamamento, para desempenho de atividades funcionais no **Complexo Hospitalar de Urgência – CHU - Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII)**, da rede FHEMIG, que é referência no atendimento pediátrico de urgência e emergência clínica, em doenças infectocontagiosas e complexas no Estado de Minas Gerais, por meio de contratação **temporária e imediata** de profissionais para atuarem no atendimento aos pacientes com Síndrome Respiratória Aguda, no Pronto Socorro Pediátrico do CHU. 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 e do Ofício COFIN nº 0671/2020, de 07 de julho 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, nos termos do Ofício COFIN nº 295, de 15 de abril de 2020 e do Ofício nº 0671/2020, de 07 de julho de 2020, para prestação de serviços técnicos especializados na área de saúde de acordo com o determinado pela referida Lei, bem como pelo inciso I do art. 2º do Decreto nº 48.097 de 23 de dezembro de 2020.

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

2.1. Para a função de **MÉDICO ESPECIALISTA (MED IJD):**

Conclusão do curso de graduação de nível superior em **Medicina** 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 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 Pediatria, 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 **PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM - ENFERMEIRO (PENF IV):**

Comprovante de 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 – COREN-MG.

2.3 Para a função de **PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM - TÉCNICO EM ENFERMAGEM (PENF II):**

Comprovante de 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 – COREN-MG.

3. DAS INSCRIÇÕES

3.1 Para realizar a inscrição no Chamamento Público Emergencial, o **candidato deverá escanear e encaminhar os documentos que comprovam os Pré-Requisito**, conforme descrito no **Item 2**, e as **Informações Curriculares**, conforme descrito no Quadro de Distribuição de Pontos do **ANEXO III**, bem como comprovação das informações prestadas no **Currículo Padrão** constante no **ANEXO I**, para o e-mail pss.hjxxiii@fhemig.mg.gov.br a partir das **19h00min (conforme horário de Brasília) do dia 25 de março de 2021 até as 22h00min (conforme horário de Brasília) do dia 29 de**

março de 2021.

3.2 O **Currículo Padrão** que consta no **ANEXO I** deve ser **impresso, preenchido e assinado pelo candidato**, e encaminhado juntamente com a documentação comprobatória do Pré- Requisito e das Informações Curriculares.

3.3 O e-mail deverá ter o **Título: “Inscrição no Chamamento Público Emergencial nº 28/2021 – CHU - HIJPII para a Função de XXXXXX.”**

3.4 As inscrições enviadas fora do período estabelecido no **item 3.1** deste Chamamento serão automaticamente excluídas desta Seleção;

4. Os candidatos que **não encaminharem a documentação comprobatória do Pré-Requisito e o Currículo Padrão**, constante no **ANEXO I**, devidamente preenchida e assinada, estarão automaticamente **excluídos deste processo**.

5. As informações sobre carga horária, função, remuneração/vencimento básico e vagas ofertadas encontram-se no **ANEXO II**.

6. Os critérios de classificação e desempate estão estabelecidos no **ANEXO III** deste chamamento.

7. Para a pontuação referente à realização de cursos prevista no **ANEXO III**, será considerada apenas **para 01 (um) curso por faixa de pontuação**, não se admitindo a soma de pontuações da mesma faixa de pontos.

8. Responde o inscrito no Chamamento Emergencial pela veracidade do conteúdo das informações que apresentar, respondendo civil, criminal e/ou administrativamente em caso de falsidade ou inconsistência das informações.

9. 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 28/2021 - CHU - HIJPII – Situação Emergencial em decorrência do Período Sazonal de Doenças Respiratórias.

10. O resultado da classificação, a agenda do exame pré-admissional e a convocação dos selecionados para assinatura do contrato, no Chamamento Público Emergencial nº 28/2021 – Situação Emergencial em decorrência do Período Sazonal de Doenças Respiratórias, será divulgado **exclusivamente na página eletrônica da FHEMIG** – www.fhemig.mg.gov.br, link como ingressar na Fhemig ► Chamamento Público Emergencial nº 28/2021 - CHU -

HIIPII, em 31 de março de 2021, a partir das 17h00min (conforme horário de Brasília).

11. Por se tratar de uma seleção emergencial, ao resultado desta seleção não caberá recurso.

12. Caso se façam necessárias novas contratações de profissionais com as qualificações requeridas nesse regulamento, e existindo vagas autorizadas pela COFIN para subsidiá-las, os candidatos classificados em Cadastro Reserva poderão ser convocados para trabalhar em qualquer uma das Unidades referenciadas no enfrentamento ao COVID-19 do Complexo Hospitalar de Urgência – CHU.

13. 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, de 15 de abril de 2020 e Ofício COFIN nº 0671 de 07 de julho de 2020.

14. Na hipótese de extinção da causa justificadora da contratação durante a vigência do contrato, este será rescindido nos termos previstos no inciso III do art. 16 da Lei 23.750 de 23 de dezembro de 2020 e inciso III do art. 12 do Decreto 48.097 de 23 de dezembro de 2020.

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

16. 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 17.1.2.3 e seus subitens, de forma a garantir o cumprimento, em tempo hábil, do prazo para assinatura do contrato, **CASO SEJA CONVOCADO.**

17. DO EXAME MÉDICO PRÉ-ADMISSIONAL

17.1 - O selecionado convocado para assinatura de Contrato Administrativo deverá se submeter a exame médico pré-admissional, na forma abaixo indicada:

17.1.1 - Comparecer a **MEDWORK**, situada na Av. Amazonas nº 2285, Santo Agostinho, nos dias **01 de abril de 2021**, no horário constante na publicação do Resultado Final deste Certame, para realizar a avaliação das condições de saúde física e mental para o exercício da função, oportunidade em que será emitido o **Atestado de Saúde Ocupacional – ASO.**

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

- 17.1.2.1 Documento original de identidade, com foto e assinatura;
 - 17.1.2.2 Cartão de vacinação contra “hepatite B”; dT- difteria/tétano, dupla viral ou tríplice viral;
 - 17.1.2.3 Resultado dos seguintes exames laboratoriais, **realizados a expensas do candidato:**
 - 17.1.2.3.1 Hemograma completo, com contagem de plaquetas;
 - 17.1.2.3.2 Glicemia de jejum;
 - 17.1.2.3.3 Urina rotina;
 - 17.1.2.3.4 Anti-HBS quantitativo (excepcionalmente, se o resultado desse exame não for disponibilizado pelo laboratório onde o convocado realizou o exame, em tempo hábil para a assinatura do contrato, deverá o mesmo assinar o Termo de Responsabilidade para entrega posterior do resultado, disponibilizado pela GSST);
 - 17.1.3 Somente serão aceitos resultados originais dos exames, com assinatura e identificação do responsável técnico do laboratório e nome e identidade do candidato.
 - 17.1.4 Os exames descritos nos subitens 17.1.2.3.1, 17.1.2.3.2, 17.1.2.3.3 e 17.1.2.3.4 somente serão aceitos se realizados no prazo máximo de 90 (noventa) dias anteriores à data de marcação da perícia médica.
 - 17.1.5 Os candidatos deverão realizar os exames solicitados em laboratórios/ clínicas de sua preferência.
 - 17.1.6 Nas avaliações periciais poderão ser exigidos novos exames e/ou testes complementares, que também correrão a expensas do candidato.
 - 17.1.7 Na avaliação admissional todos os candidatos deverão responder ao questionário de antecedentes clínicos.
- 17.2 - O candidato poderá substituir o **Atestado de Saúde Ocupacional (ASO)** emitido pela **MEDWORK** nos termos do item 17.1.1 e subitens por um Atestado de Saúde Ocupacional emitido por **médico assistente** e a apresentação do Questionário de Antecedentes Clínicos, constante no **ANEXO V**.
18. O Questionário de Antecedentes Clínicos, constante no **ANEXO V**, deverá ser preenchido apenas pelos candidatos que optarem pela entrega do ASO emitido por médico assistente.

19. DA CONTRATAÇÃO

- 19.1 - Os candidatos selecionados deverão se apresentar para fins de **assinatura e celebração do Contrato Administrativo**, comparecer na Coordenação de Gestão de Pessoas do Complexo Hospitalar de Urgência – CHU - Hospital João XXIII – HXXIII, situada no endereço Av. Prof. Alfredo Balena, 400 – Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, 30.130-100, telefone (31) 3239-9361, conforme dia e horário publicados no Resultado Final deste Chamamento, munidos obrigatoriamente, dos documentos abaixo, de cópia reprográfica simples, acompanhada dos originais, ou cópia autenticada em cartório:
- 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 candidato;
 - 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**;
 - j) **DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES**, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante;
 - 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.

19.2 Não serão contratados os profissionais que se enquadrem 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 configurarem grupo de risco:

- 19.2.1 - possuidor de idade igual ou superior a sessenta anos;
- 19.2.2 - portar doença crônica, tais como diabetes, hipertensão, cardiopatia, doença respiratória, pacientes oncológicos e imunossuprimidos;
- 19.2.3 - 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 NE 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.

19.3 O selecionado deverá se apresentar à Coordenação de Gestão de Pessoas do Complexo Hospitalar de Urgência - CHU - Hospital João XXIII - HXXIII), em 01 (um) dia, imediatamente após a assinatura do Contrato Administrativo munido de cópia de todos os documentos pessoais e da Carta de Apresentação que será entregue no dia da assinatura do Contrato.

19.4 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.

20 – **DOS IMPEDIMENTOS**

20.1 Estará impedido de assinar o contrato e de iniciar suas atividades pelo período de 14

(quatorze) dias o candidato que, no momento da convocação, apresentar sintomas característicos da doença infecciosa viral causada pelo COVID-19, 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;

20.2 Estará impedido de assinar o contrato e de iniciar suas atividades pelo período de 07 (sete) dias o candidato que, no momento da convocação, declarar que esteve em contato com pessoas contaminadas pela doença infecciosa COVID-19, contudo não revelar sintomas característicos da doença, 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;

20.3 Estará impedido de assinar o contrato, e automaticamente desclassificado, o selecionado que **deixar de apresentar** qualquer um dos documentos elencados nas alíneas do **item 19** deste **Chamamento Público**, ou se enquadrar em qualquer das vedações previstas no Decreto Estadual nº 48.097, de 23 de dezembro de 2020.

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

ANEXOS

ANEXO I – Inscrição / Currículo Padrão;

ANEXO II – Quadro de Vagas e Remuneração/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, 25 de março de 2021.


Renata Ferreira Leles Dias
Presidente da FHEMIG

ANEXO I

INSCRIÇÃO/CURRÍCULO PADRÃO

EXCLUSIVO PARA A FUNÇÃO DE MÉDICO PEDIATRA

CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL FHEMIG Nº 28/2021

		CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL FHEMIG Nº28/2021 Situação Emergencial em Decorrência do Período Sazonal de Doenças Respiratórias	
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: HIJPII	Número de inscrição no CRMMG: _____	
Especialidade a que concorre: PEDIATRIA			
Está aprovado no Concurso Público FHEMIG Edital 01/2016? () Sim () Não Se sim, informar a classificação: _____			
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: _____	

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

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

2. ANTERIORES

() Não possui

() sim

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

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

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2021.

IMPORTANTE:

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

INSCRIÇÃO / CURRÍCULO PADRÃO (DEMAIS FUNÇÕES)
CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL FHEMIG Nº28/2021

FUNÇÃO: xxxxxxxxxxxxxxxx

CURRICULO PADRÃO

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

FORMAÇÃO ACADÊMICA

- Curso de educação profissional, correspondente à área de XXXXXXXXX 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.

____/____/2021 _____

(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 REMUNERAÇÃO/VENCIMENTO BÁSICO
POR CARGO

Cargo/ Nível / Grau	Carga Horária/ Semanal	Função	Nº de vagas	REMUNERAÇÃO POR CARGO **
MED III / A	24 horas	Médico Pediatra	08 + CR	R\$ 9.000,00

**** Remuneração conforme Decreto nº 48.004/2020, excluídas vantagens inerentes à função exercida e local de atuação, a serem informadas na etapa de contratação.**

Cargo/ Nível / Grau	Carga Horária/ Semanal	Função	Nº de vagas	VENCIMENTO BÁSICO POR CARGO *
PENF IV/A	40 horas	Enfermeiro	05 + CR	R\$ 3.464,43
PENF II/A	40 horas	Técnico em Enfermagem	12 + CR	R\$ 1.755,96

***Vencimento básico conforme Lei nº 21.726/2015, excluídas vantagens inerentes à função exercida e local de atuação, a serem informadas na etapa de contratação.**

ANEXO III
QUADRO DE DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS E
CRITÉRIOS DE DESEMPATE

MÉDICO ESPECIALISTA – CARGO MED - NÍVEL III - GRAU A
ESPECIALIDADE: PEDIATRIA

QUADRO I			
PONTUAÇÃO POR TREINAMENTOS, CURSOS DE CAPACITAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E ESPECIALIZAÇÃO	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	
Residência Médica ou Título de Especialista em Terapia Intensiva, com registro no CRMMG.	20,0		
Estar aprovado no Concurso Público FHEMIG Edital 01/2016	10,0		
Participação em cursos, congressos na especialidade (cada item 2,5 – máximo 5,0)	5,0		
Aprovação no PALS nos últimos 2 anos	5,0		
PONTUAÇÃO MÁXIMA	40,0		
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 na especialidade médica Pediatria, 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 meses	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	100,00		

PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM – PENF IV – ENFERMEIRO

QUADRO I			
PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO PRESENCIAL NO ATENDIMENTO DE PACIENTES NO ÂMBITO HOSPITALAR	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	
*Curso com carga horária maior do que 09 horas até 20 horas.	3	15	
*Curso com carga horária acima de 20 horas até 50 horas	6		
*Curso com carga horária acima de 50 horas	9		
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	15		
PONTUAÇÃO MÁXIMA		15	
QUADRO II			
PONTUAÇÃO POR EXPERIENCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 05 ANOS			
Experiência de Exercício Enfermeiro Clínica Médica, Cuidados Intensivos e Urgência e Emergência em Âmbito Hospitalar	ANO(S)	PONTOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA
	1	45	85
	2	55	
	3	65	
	4	75	
	5 ou mais	85	
PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 05 ANOS			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.

PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM – PENF II – TÉCNICO EM ENFERMAGEM

QUADRO I			
PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO PRESENCIAL NO ATENDIMENTO DE PACIENTES	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	
*Curso com carga horária até 08 horas	3	15	
*Curso com carga horária maior do que 09 horas até 20 horas.	6		
*Curso com carga horária acima de 20 horas	15		
PONTUAÇÃO MÁXIMA			15
QUADRO II			
PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 05 ANOS			
Experiência de Exercício como Técnico de Enfermagem em Clínica Médica, Cuidados Intensivos e Urgência e Emergência em Âmbito Hospitalar	ANO(S)	PONTOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA
	1	45	85
	2	55	
	3	65	
	4	75	
	5 ou mais	85	
PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 05 ANOS			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 **Quadro II**, do **Anexo III**.

2. Maior pontuação obtida por participação em treinamentos, cursos de capacitação, aperfeiçoamento e especialização, conforme estabelecido no **Quadro I, do Anexo III.**
3. Maior idade.

ANEXO IV

MINUTA DO 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 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 **XXXXXXXXXXXXX**, Nº **XXX**, BAIRRO : **XXXXXXXXXX**, CIDADE: **XXXXXXXXXXXXX**, 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 **XXXXXXXXXX**.

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 administrativodisciplinar 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 de testemunhas que ao mesmo subscrevem.

Belo Horizonte, quarta-feira, XX de XXXXXXXX de 2021.

Leonan Felipe dos Santos
Diretor de Gestão de Pessoas

XXXXXXXXXX
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: _____ 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 adosagem).

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? _____

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 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.– 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 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 _____

LOCAL

DATA

Assinatura do Declarante

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