

**CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 29/2021**  
**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 29/2021, **a partir das 14h00min (conforme horário de Brasília) do dia 30 de março de 2021 até as 17h00min (conforme horário de Brasília) do dia 01 de abril de 2021**, por meio do recebimento de inscrições conforme estabelecido no teor deste Chamamento, para desempenho de atividades funcionais no **Hospital Eduardo de Menezes - HEM**, da rede FHEMIG, para atuarem nos leitos de terapia intensiva destinados aos pacientes com sintomas de COVID-19. 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 2021.

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 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-REQUISITO**:

2.1. Para a função de **MÉDICO GENERALISTA (MEDI)**:

Comprovação de conclusão do curso de graduação de nível superior em **Medicina**, concluído em instituição de ensino reconhecida pelos sistemas federal ou pelos sistemas estaduais de ensino, e pelo MEC, e **registro no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - CRM- MG**.

2.2. 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 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 Terapia Intensiva ou Infectologia ou Clínica Médica ou Anestesiologia ou Pneumologia ou Cardiologia ou Cirurgia Geral, 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.

2.3. Para a função de **FISIOTERAPEUTA RESPIRÁTÓRIO**:

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.

3. **DAS INSCRIÇÕES**

3.1 - Para realizar a inscrição no Chamamento Público Emergencial, o **candidato deverá escanear e encaminhar os documentos que comprovam o 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.hem@fhemig.mg.gov.br**, a partir das **14h00min do dia 30 de março de 2021 até as 17h00min do dia 01 de abril 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 29/2021 para a Função de XXXXXX.”**

3.4 Os candidatos da categoria profissional de **MÉDICO** deverão informar no e-mail de inscrição para qual carga horária estão se inscrevendo (12 horas ou 24 horas) e também para qual Função (se é Médico Generalista ou Médico Especialista).

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

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

5. Os candidatos que **não encaminharem a documentação comprobatória do Pré-Requisito e o Currículo Padrão**, constante no **Anexo I**, devidamente preenchido e assinado, estarão automaticamente **excluídos do processo**.

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](http://www.fhemig.mg.gov.br) – Chamamento Público Emergencial nº 29/2021 – Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19.

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 29/2021 – Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19, será divulgado **exclusivamente na página eletrônica da FHEMIG** – [www.fhemig.mg.gov.br](http://www.fhemig.mg.gov.br), link como ingressar na Fhemig ► Chamamento Público Emergencial nº 29/2021, em **06 de abril de 2021**, a partir das 17h00m.

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

12. Candidatos classificados em Cadastro Reserva poderão ser convocados na medida em que surgirem novas vagas disponibilizadas pelo COFIN.

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 19.1.2.3 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-ADMISSSIONAL**

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 **07 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.

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**, na Coordenação de Gestão de Pessoas da Unidade Eduardo de Menezes – HEM, situada no endereço Rua Doutor Cristiano Resende, 2213, Bairro Bom Sucesso/Barreiro, telefone (31) 3328- 5007, conforme dia e horário publicado no Resultado Final deste Chamamento, munidos obrigatoriamente, dos documentos abaixo, de cópia reprográfica simples, acompanhada dos originais, ou 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.

19.1 - 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:

19.1.1 - possuidor de idade igual ou superior a sessenta anos;

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

19.1.3 - 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.

19.2 O selecionado deverá se apresentar à Coordenação de Gestão de Pessoas do Hospital EDUARDO DE MENEZES – HEM, 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.

19.3 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 quatorze dias o candidato que, no momento da convocação, apresentar sintomas característicos da doença infecciosa viral causada pelo COVID-19, ressalvando o direito



de permanecer em seu exato lugar da fila de classificação e podendo assinar o contrato quando ultrapassado tal período, caso ainda remanesça vaga;

20.2 - Estará impedido de assinar o contrato e de iniciar suas atividades pelo período de sete dias o candidato que, no momento da convocação, declarar que esteve em contato com pessoas contaminadas pela doença infecciosa COVID-19, contudo não revelar sintomas característicos da doença, 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, 30 de março de 2021.

Renata Ferreira Leles Dias  
Presidente da FHEMIG

**ANEXO I**  
**INSCRIÇÃO / CURRÍCULO PADRÃO**  
**CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL FHEMIG Nº 29/2021**

**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 DE MOTIVOS

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.

**ANEXO II**

**QUADRO DE VAGAS / REMUNERAÇÃO E VENCIMENTO BÁSICO**

**REMUNERAÇÃO POR CARGO\***

Cargo	Nível / Grau	Carga Horária/Semanal	Função	Quantitativo de Vagas	Remuneração*
MED	I / A	12 horas	Médico	<b>08</b> vagas	R\$ 3.500,00
MED	I / A	24 horas	Médico	<b>06</b> vaga	R\$ 7.000,00
MED	III / A	12 horas	Médico	<b>17</b> vagas	R\$ 4.595,02
MED	III / A	24 horas	Médico	<b>12</b> vagas	R\$ 9.000,00
MED	III / A	12 horas	Médico Ecocardiografista	<b>01</b> vaga	R\$ 4.595,02

Conforme Decreto 48.004/2020 - \*Conforme vantagens inerentes à função exercida e local de atuação, a serem informadas na etapa de contratação:

- A) **MÉDICO – MED I – 12 Horas / semanais** R\$ 3.500,00 (Três mil e quinhentos reais)
- B) **MÉDICO – MED I – 24 Horas / semanais** R\$ 7.000,00 (Sete mil reais)
- C) **MÉDICO – MED III – 12 Horas / semanais** R\$ 4.595,02 (Quatro mil e quinhentos e noventa e cinco reais e dois centavos).
- D) **MÉDICO – MED III – 24 Horas / semanais** R\$ 9.000,00 (Nove mil reais)

**VENCIMENTO BÁSICO DO CARGO\***

Cargo	Nível / Grau	Carga Horária/Semanal	Função	Quantitativo de Vagas	Vencimento Básico
AGAS	III/A	30 horas	Fisioterapeuta Respiratório	<b>02</b> vagas	R\$ 3.845,24

Valores estabelecidos pela Lei nº 21.726, de 20 de julho de 2015.

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

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

**ANEXO III**

**INFORMAÇÕES CURRICULARES - QUADROS DE DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS**

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

<b>QUADRO I</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR TREINAMENTOS, CURSOS DE CAPACITAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E ESPECIALIZAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	
Residência Médica em andamento (mínimo de 12 meses cursados)	20,0	20,0	
Aprovação no ACLS nos últimos 2 anos	10,0	10,0	
Participação em cursos e/ ou congressos na área de Medicina Intensiva e de Urgência e Emergência (cada item 5,0 – máximo 10,0)	5,0	10,0	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>		<b>40,0</b>	
<b>QUADRO II</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO</b>			
	<b>MESES</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
Tempo de experiência prestado como Médico em qualquer tipo de atendimento em Urgência e Emergência (UTI, UPA, SAMU, HOSPITAIS...)	Até 3 meses	12,0	60,0
	4 a 6 meses	24,0	
	7 a 9 meses	36,0	
	10 a 12 meses	48,0	
	Mais de 12 meses	60,0	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO</b>			<b>60,0</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DOS QUADROS I E II</b>			<b>100,00</b>

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

<b>QUADRO I</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR TREINAMENTOS, CURSOS DE CAPACITAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E ESPECIALIZAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	
Residência Médica concluída em Medicina Intensiva	20,0	20,0	
Aprovação no ACLS nos últimos 2 anos	10,0	10,0	
Participação em cursos e/ ou congressos na área de Medicina Intensiva e de Urgência e Emergência (cada item 5,0 – máximo 10,0)	5,0	10,0	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>40,0</b>		
<b>QUADRO II</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO</b>			
	<b>MESES</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
Tempo de experiência prestado como Médico em qualquer tipo de atendimento em Urgência e Emergência (UTI, UPA, SAMU, HOSPITAIS...)	Até 3 meses	12,0	60,0
	4 a 6 meses	24,0	
	7 a 9 meses	36,0	
	10 a 12 meses	48,0	
	Mais de 12 meses	60,0	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO</b>			<b>60,0</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DOS QUADROS I E II</b>			<b>100,00</b>

**MÉDICO CARDIOLOGISTA / MED III – 12 HORAS SEMANAIS –ECOCARDIOGRAFISTA**

QUADRO I			
PONTUAÇÃO POR FORMAÇÃO ACADEMICA		PONTOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA
Residência em Ecocardiografia		15	25
Especialização em Ecocardiografia		10	
PONTUAÇÃO MÁXIMA QUADRO I		25	
QUADRO II			
PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL		Pontuação sem sobreposição de tempo	
Tempo de serviço prestado como médico ecocardiografista, em instituição de saúde pública ou privada.	Meses	Pontuação	PONTUAÇÃO MÁXIMA
	No mínimo 11 meses	15	75
	12 a 23 meses	30	
	24 a 35 meses	45	
	36 a 47 meses	60	
	48 a 59 meses	75	
	PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL		

**Fisioterapeuta Respiratório – CARGO AGAS – NÍVEL III – GRAU A**

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
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>		<b>15,00</b>
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
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO</b>		<b>85,00</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II</b>		<b>100,00</b>

\* Somente serão pontuados os certificados emitidos **nos últimos 02 (dois) 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. 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 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, 31630-900, doravante denominada CONTRATANTE, representada pelo Sr. Diretor de Gestão de Pessoas, e o Sr.(a) XXXXXXXXXXXX, CI: XXXXXXXX CPF: XXXXXXXX, residente à XXXXXX, XXXXXXXX em XXXXXXXXXXXX denominado CONTRATADO TEMPORÁRIO, nos termos do inciso I do art. 3º da Lei 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 na função de XXXXXXXXXXXX, com Carga Horária semanal de XX horas, a serem executados pelo CONTRATADO TEMPORÁRIO à CONTRATANTE na unidade do Hospital Eduardo de Menezes – HEM – FHEMIG, lotado no setor determinado pela Gerência Assistencial, de acordo com a estrita necessidade demandada.

**PARÁGRAFO ÚNICO**

As atividades serão executadas em consonância com as normas técnicas correspondentes à prestação dos serviços contratados conforme cláusula primeira.

**CLÁUSULA SEGUNDA**

O presente contrato terá duração de até 120(cento e vinte) dias, tendo início em XX/XX/2021.

**CLÁUSULA TERCEIRA**

Como contraprestação do serviço prestado o contratado receberá como remuneração ou vencimento básico o valor de R\$ X.XXX,XX (valor 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; ou
- d) por descumprimento de cláusula contratual pelo contratado temporário, mediante procedimento administrativo disciplinar e garantida ampla defesa.

#### **PARÁGRAFO PRIMEIRO**

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

#### **PARÁGRAFO SEGUNDO**

A extinção do contrato, nos termos da alínea "b" 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.

#### **PARÁGRAFO TERCEIRO**

A extinção do contrato, nos termos da letra "c", 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.

#### **CLÁUSULA QUINTA**

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

#### **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 dos cargos constitucionalmente permitidos a acumular constante no inciso XVI do artigo 37 da Constituição Federal de 1988.

#### **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, 01 de Março de 2020.

Leonan Felipe dos Santos  
Diretor de Gestão de Pessoas

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Diretor Hospitalar

---

Contratado(a) - CPF

#### TESTEMUNHAS:

1)NOME:

2) NOME:

CPF:

CPF:

ENDEREÇO:

ENDEREÇO:

**ANEXO V**

**QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS**

NOME: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ SEXO:  F  M

IDADE: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_

MASP (se tiver): \_\_\_\_\_

01- Informar sobre os sintomas ou alterações abaixo relacionadas:

SINTOMAS/ALTERAÇÕES	SIM	NÃO
Dor no peito		
Alterações na voz		
Distúrbios do sono		
Variações no peso		
Problemas de pele		
Distúrbio visual		
Dor abdominal		
Escarro com sangue		
Inchaço nas pernas		
Distúrbios de audição		
Problemas digestivos		
Problemas para urinar		
Alteração de apetite		
Prisão de ventre		
Diarreias		
Dificuldade para engolir		
Alterações no volume e na frequência da urina		
Dificuldades frequentes no trabalho		

Dificuldades no relacionamento familiar		
Dificuldade no relacionamento interpessoal		
Nervosismo		
Pressão alta		
Falta de ar		
Tosse		
Suor noturno		
Dor nas articulações		
Dor na coluna		
Ansiedade		
Tristeza		
Desconfiança		
Outros problemas que não estão relacionados acima		

02 – Faz uso de medicação de uso contínuo ou controlado? ( ) Não ( ) Sim.

Quais? (Citar todos, inclusive a dosagem). \_\_\_\_\_

03 – Faz, ou já fez, algum controle médico específico (oncológico, cardiológico, neurológico, endocrinológico, pneumológico, outro)? ( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

04 – Já sofreu internação hospitalar (por doença, cirurgia ou outro procedimento)?  
( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

05 – Já sofreu alguma fratura? ( ) Não ( ) Sim.

Tipo(s)? \_\_\_\_\_

06 - Já se afastou do trabalho por motivo de ordem médica em qualquer instância (municipal, estadual ou INSS)? ( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_ Por quais períodos? \_\_\_\_\_

Por quais motivos? \_\_\_\_\_

07 - Apresenta ou já apresentou problema de audição ou visão?  
( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

08 – É tabagista? ( ) Não ( ) Sim. Cigarros/dia? \_\_\_\_\_.

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

09 – É etilista (consome bebida alcoólica)? ( ) Não ( ) Sim. Quantidade: \_\_\_\_\_  
Frequência: \_\_\_\_\_

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

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

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

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

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

Qual(is)? \_\_\_\_\_

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

Qual(is)? \_\_\_\_\_

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

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

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

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

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

Qual(is)? \_\_\_\_\_

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

18 – Tem filhos? ( ) Não ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

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

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante

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

**ANEXO VII**  
**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 \_\_\_\_\_  
LOCAL DATA

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante

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