

## CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 15/2022

A Diretoria de Gestão de Pessoas da FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG, no uso de suas atribuições TORNA PÚBLICO que estará aberto o Chamamento Público Emergencial Nº 15/2022, a partir das 17h00min (conforme horário de Brasília) do dia 20 de junho de 2022 até às 15h00min (conforme horário de Brasília) do dia 22 de junho de 2022, por meio do recebimento de inscrições conforme estabelecido no teor deste Chamamento, para desempenho de atividades funcionais no Cersam-ad Centro-Sul (Centro Mineiro de Toxicomania), da rede FHEMIG. 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.

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 II do art. 3º da Lei nº 23.750, de 23 de dezembro de 2020, bem como pelo inciso II do art. 2º do Decreto nº 48.097, de 23 de dezembro de 2020, por tempo determinado de até 06 (seis) meses.

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) – Psiquiatra: comprovante de registro da graduação em Medicina no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - CRM-MG, ACUMULADO com comprovante de registro na especialidade pleiteada no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - CRM-MG (RQE).

2.2. Para a função de Farmacêutico (Área de Atuação: Farmácia Hospitalar) - Curso ou programa de graduação de nível superior em Farmácia, concluído em instituição reconhecida pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais de ensino, e pelo MEC, e registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais.

2.3. Para a função de Terapeuta Ocupacional - Curso ou programa de graduação de nível superior em Terapia Ocupacional, concluído em instituição reconhecida pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais de ensino, e pelo MEC, e registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais.

### 3 DAS INSCRIÇÕES

3.0 Para realizar a inscrição no Chamamento Público Emergencial, o candidato deverá escanear e encaminhar os documentos que comprovam os Pré-Requisitos, 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 endereço de e-mail [cmt.apoio@fhemig.mg.gov.br](mailto:cmt.apoio@fhemig.mg.gov.br) a partir das 15h00min (conforme horário de Brasília) do dia 20 de junho de 2022 até às 17h00min (conforme horário de Brasília) do dia 22 de junho de 2022.

3.1 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.

- 3.2 O e-mail deverá ter o Título: “Inscrição no Chamamento Público Emergencial Nº 15/2022 para a Função de \_\_\_\_\_.”
- 3.3 As inscrições enviadas fora do período estabelecido no item 3.0 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 15/2022.
10. O resultado da classificação, a agenda do exame pré-admissional e a convocação dos selecionados para assinatura do contrato deste Chamamento, 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 dia 27 de junho de 2022.**
11. Por se tratar de uma seleção emergencial, do resultado desta seleção não caberá recurso.
12. Candidatos classificados em Cadastro Reserva poderão ser convocados na medida em que surgirem novas vagas.
13. 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.
14. O ANEXO IV, se refere à Minuta do Contrato Administrativo por prazo determinado de prestação de serviços técnicos especializados na área de saúde que será celebrado entre a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e o Contratado.
15. 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 15.1.2 e seus subitens, de forma a garantir o cumprimento, em tempo hábil, do prazo para assinatura do contrato, CASO SEJA CONVOCADO.

## 16. DO EXAME MÉDICO PRÉ-ADMISSSIONAL

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

16.2 Comparecer à MEDWORK, situada na Av. Amazonas nº 2285, Santo Agostinho, no dia e 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.

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

16.2.1.1 Documento original de identidade, com foto e assinatura;

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

16.2.1.3 Resultado dos seguintes exames laboratoriais, realizados a expensas do candidato:

16.2.1.3.1 Hemograma completo, com contagem de plaquetas;

16.2.1.3.1 Glicemia de jejum;

16.2.1.3.2 Urina rotina;

16.2.1.3.3 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);

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

16.4 Os exames descritos no item 12.1.2 e subitens, somente serão aceitos se realizados no prazo máximo de 90 (noventa) dias anteriores à data de marcação da perícia médica.

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

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

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

16.8 O candidato poderá substituir o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) emitido pelo setor de Perícia Médica da MEDWORK por um Atestado de Saúde Ocupacional emitido por médico assistente e a apresentação do Questionário de Antecedentes Clínicos, constante no ANEXO V.

## 17 DA CONTRATAÇÃO

17.1 Os candidatos selecionados deverão se apresentar, para fins de assinatura e celebração do Contrato Administrativo, no Cersam-ad Centro-Sul (Centro Mineiro de Toxicomania), Coordenação de Gestão de Pessoas – localizado à Alameda Ezequiel Dias, 365, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG, 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) **Para MED III, Psiquiatra:** 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 Latu Senso 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, na especialidade pretendida, 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;
- Para Farmacêutico (Área de Atuação: Farmácia Hospitalar):** Curso ou programa de graduação de nível superior em Farmácia, concluído em instituição reconhecida pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais de ensino, e pelo MEC, e registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais;
- Para Terapeuta Ocupacional:** Curso ou programa de graduação de nível superior em Terapia Ocupacional, concluído em instituição reconhecida pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais de ensino, e pelo MEC, e registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais.
- 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, semasculino;
- 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) 1 foto 3 x 4;
- r) CONTA NO BANCO ITAU, cópia do comprovante (caso o candidato ainda não possua a conta, o Serviço de Gestão de Pessoas irá lhe fornecer a declaração para abertura da mesma);
- s) No momento da assinatura de contrato, será necessário cadastrar o(a) convocado(a) como de usuários externos no Sistema Eletrônico de Informações (SEI).

18 O selecionado deverá se apresentar à Coordenação de Gestão de Pessoas do Cersam-ad Centro-Sul (Centro Mineiro de Toxicomania), 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 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, 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 07 (sete) dias o candidato que, no momento da convocação, declarar que esteve em contato com pessoas contaminadas pela doença infecciosa COVID-19, sem contudo revelar sintomas característicos da doença, 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;

20.3 Estará impedido de assinar o contrato, e automaticamente desclassificado, o selecionado que deixar de apresentar qualquer um dos documentos elencados nas alíneas do item 13.1 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 Temporário.


ANEXO V - Questionário de Antecedentes Clínicos.

Belo Horizonte, 20 de junho de 2022.

Ana Costa Rego  
Diretora de Gestão de Pessoas da FHEMIG

INSCRIÇÃO /CURRÍCULO PADRÃO CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL FHEMIG Nº 15/2022

1. PARA A FUNÇÃO DE MÉDICO:

		CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL FHEMIG Nº09/2022	
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: BH	Unidade: CMT	Nº de inscrição no CRMMG:	
Especialidade que concorre:			
II – INFORMAÇÕES PESSOAIS			
Nome completo: —			
Sexo:( <input type="checkbox"/> ) Feminino      ( <input type="checkbox"/> ) Masculino			
Data de nascimento: dd/mm/aaaa			
Idade:			
Estado civil:                      ( <input type="checkbox"/> ) Solteiro                      ( <input type="checkbox"/> ) Casado                      ( <input type="checkbox"/> ) Outros			
Endereço (Rua, Av.): —			
Complemento:	Bairro:	Cidade:	

Estado: CEP:

Telefone fixo: ( )

Telefone celular: ( )

Telefone recado: ( )

E-mail:

**III – ESCOLARIDADE/ FORMAÇÃO ACADÊMICA**

Curso superior de Medicina concluído: Mês: mm Ano: aaaa

Instituição de Formação:

Residência Médica em andamento (mínimo 12 meses) na especialidade:

Previsão de conclusão: em: Mês: mm Ano: aaaa

Instituição de Formação:

Residência Médica concluída com registro no CRMMG na especialidade:

Data de Conclusão: Mês: mm Ano: aaaa

Instituição de Formação:

Segunda Residência Médica concluída com registro no CRMMG na especialidade:

Data de Conclusão: Mês: mm Ano: aaaa

Instituição de Formação:

Título de especialista concedido pela Sociedade:

Data da Concessão do Título: Mês: mm Ano: aaaa

Mestrado concluído em: Mês: mm Ano: aaaa

Instituição de Formação:

Doutorado concluído em: Mês: mm Ano: aaaa

Instituição de Formação:

**IV – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Carga horária semanal disponível: ( ) 12 horas ( ) 24 HORAS

Preferência de horário: ( ) Diurno ( ) Noturno ( ) Não tenho

Disponibilidade Semanal:

( ) 2ª F ( ) 3ª F ( ) 4ª F ( ) 5ª F ( ) 6ª F ( ) Sab ( ) Dom



Já trabalhou na FHEMIG? ( ) Sim ( ) Não. Em qual Unidade?

Em qual período?

Trabalhou como Contrato? ( ) Sim ( ) Não . Qual a data do desligamento:

\_\_\_\_\_

Motivo da saída:

V – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

1. ATUAIS

( ) Não possui ( ) sim

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

2. ANTERIORES

( ) Não possui ( ) Sim

Área de atuação	Tempo de atuação (meses)	Carga Horária Semanal	Tipo de vínculo
			Público
			Privado
			Outros; especificar:

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

Belo Horizonte, de de 2022.

IMPORTANTE:

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

**IMPORTANTE:**

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

## **2. DEMAIS FUNÇÕES:**

### **CURRICULO PADRÃO**

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

### **FORMAÇÃO ACADÊMICA**

- Curso de educação profissional, correspondente à área de interesse concluído na seguinte instituição de ensino:
  
- Data de conclusão do curso:

### **CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO**

- 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.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2022

\_\_\_\_\_  
(assinatura do(a) candidato(a))

### IMPORTANTE:

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

ANEXO II

QUADRO DE VAGAS E VENCIMENTO BÁSICO POR CARGO

Cargo	Nível / Grau	Carga Horária/ Semanal	Função	Quantitativo de Vagas
AGAS	I / A	30	Terapeuta Ocupacional	01 + CR
AGAS	I / A	40	Farmacêutico (Área de Atuação: Farmácia Hospitalar)	01 + CR
MED	III / A	24	Médico Psiquiatra	01 + CR

VENCIMENTO BÁSICO POR CARGO \* (CONFORME LEI 24.035/2022)

AGAS I / 30hs/semanais R\$ 2.911,99 (dois mil noventa e onze reais e noventa e nove centavos)

AGAS I / 40hs/semanais R\$ 3.812,95 (três mil oitocentos e doze reais e noventa e cinco centavos)

MED III / 24hs/semanais R\$ 6.385,03 (seis mil trezentos e oitenta e cinco reais e três centavos)

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

ANEXO III

QUADROS DE DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS

**Terapeuta Ocupacional**

PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO/APERFEIÇOAMENTO E/OU ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL	PONTOS
Curso com carga horaria a partir de 60 horas	2
Curso com carga horaria a partir de 120 horas	8
Curso de Especialização de no mínimo de 360 horas	10
PONTUAÇÃO MÁXIMA	20

PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO – NOS ÚLTIMOS 5 ANOS	Pontuação atribuída a cada ano completo de exercício sem sobreposição de tempo.	
	ANO(S)	PONTUAÇÃO
EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL	1 (um)	10
	2 (dois)	20
	3 (três)	40
	4 (quatro)	60
	5 (cinco)	80
PONTUAÇÃO MÁXIMA		80
PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇAVEL		100

**Farmacêutico (Área de Atuação: Farmácia Hospitalar)**

PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA DE FARMÁCIA	PONTOS
Curso com carga horária de 08 horas até 20 horas*	5
Curso com carga horária acima de 20 horas até 40 horas*	10
Curso com carga horária acima de 40 horas*	15
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>30</b>

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

PONTUAÇÃO POR TITULAÇÃO ADICIONAL NA ÁREA DE FARMÁCIA	PONTOS
Pós-Graduação na área de Farmácia Hospitalar ou Farmacologia ou Saúde Pública ou Segurança do Paciente ou Vigilância Sanitária ou Ciências da Saúde	5
Mestrado na área de Farmácia Hospitalar ou Farmacologia ou Saúde Pública ou Segurança do Paciente ou Vigilância Sanitária ou Ciências da Saúde	10
Doutorado na área Farmácia Hospitalar ou Farmacologia ou Saúde Pública ou Segurança do Paciente ou Vigilância Sanitária ou Ciências da Saúde	15
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>30</b>

PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 5 (CINCO) ANOS	ANO(S) COMPLETOS	PONTUAÇÃO	Pontuação Máxima
EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO COMO FARMACÊUTICO HOSPITALAR*	1 (um)	10	30
	2 (dois)	15	
	3 (três)	20	
	4 (quatro)	25	
	5 (cinco)	30	
OUTRAS EXPERIÊNCIAS DE EXERCÍCIO COMO FARMACÊUTICO	01 (ano)	10	10
<b>PONTUAÇÃO TOTAL MÁXIMA ALCANÇÁVEL</b>			<b>100</b>

**Médico Especialista**

Quadro I			
Pontuação por Formação Acadêmica		Pontos	Pontuação Máxima
Segunda residência na especialidade pretendida ou residência em outra especialidade diferente da que concorre com registro no CRMMG		25	50
Mestrado		15	
Doutorado		10	
Pontuação Máxima Quadro I		50	
Quadro II			
Pontuação por Experiência Profissional	Pontuação sem sobreposição de tempo		
Médico com residência médica ou título de especialista registrado no CRM - Tempo de serviço prestado como médico na especialidade médica pretendida, em instituição de saúde pública ou privada.	Meses	Pontuação	Pontuação Máxima
	Até 11 meses	20	50
	12 a 23 meses	30	
	24 a 35 meses	35	
	36 a 47 meses	40	
	48 a 59 meses	45	
	acima de 59 meses	50	
	Pontuação Máxima Alcançável		



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

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 XXXXXXXXXXXXI, Nº XXX, BAIRRO : XXXXXXXX, CIDADE: XXXXXXXXXXXX, CEP nº XX.XXX.XXX, denominado CONTRATADO TEMPORÁRIO, nos termos do inciso II do art. 3º da Lei nº 23.750 de 23 de dezembro de 2020 e do inciso II 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 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, com Carga Horária semanal de XX horas, a serem executados pelo CONTRATADO TEMPORÁRIO à CONTRATANTE na unidade HOSPITAL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

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/2022.

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 XXXXXXX de 2022.

---

Ana Costa Rego

Diretor de Gestão de Pessoas

---

Diretor da Unidade

---

(nome do Contratado Temporário)

Função

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?

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)

