

## CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 66/2021

### Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19

O Diretor 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 66/2021, **a partir das 08h00min (conforme horário de Brasília) do dia 28 de junho de 2021 até as 17h00min (conforme horário de Brasília) do dia 04 de julho de 2021**, por meio do recebimento de inscrições conforme estabelecido no teor deste Chamamento, para desempenho de atividades funcionais no **Hospital Regional Antônio Dias - HRAD**, 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 0295/2020, de 15 de abril de 2020.

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

1. Esta contratação se dará por meio de assinatura de contrato administrativo, em conformidade com o Inciso I do art. 3º da Lei 23.750 de 23 de dezembro de 2020, por tempo determinado de até 120 (cento e vinte) dias, para prestação de serviços técnicos especializados na área de saúde de acordo com o determinado pela referida Lei, bem como pelo Decreto nº 48.097 de 23 de dezembro de 2020 – inciso I do art. 2º.

1.1 Apenas haverá contratação de profissionais neste chamamento público, se for atingido o quantitativo mínimo de profissionais selecionados, necessários a ampliação dos leitos de terapia intensiva destinados aos pacientes com sintomas de COVID-19, neste hospital.

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

2.1. para a função de **Médico Especialista – Nível III**: 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 - CRM-MG, **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, publicada em 17/07/2008, **PREFERENCIALMENTE** em Infectologia, Terapia Intensiva e Clínica Médica, devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - CRM-MG.

2.2. para a função de **Médico Generalista – Nível I**: 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 - CRM-MG, com experiência comprovada de no mínimo 6 meses em CTI Adulto.

### 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.hrad@fhemig.mg.gov.br](mailto:pss.hrad@fhemig.mg.gov.br), a partir das **08h00min do dia 28 de junho de 2021 até as 17h00min do dia 04 de julho 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 66/2021 para a Função de Médico.”**

3.4 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 66/2021 – 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 66/2021 – 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 66/2021, em **05 de julho de 2021**, a partir das **17h00m**.

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 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.

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 ao **setor de Perícia Médica, Saúde e Segurança do Trabalhador (PMSST) do Hospital Regional Antônio Dias – HRAD – Rua Major Gote, 1231, Centro, Patos de Minas - MG**, no dia e horário publicados na convocação, 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 pelo setor de Perícia Médica, Saúde e Segurança do Trabalhador (PMSST) do Hospital Regional Antônio Dias 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 Conforme descrito no **item 1.1** apenas haverá convocação para a contratação de profissionais neste chamamento público, se for atingido o quantitativo mínimo de profissionais selecionados, necessários a ampliação dos leitos de terapia intensiva destinados aos pacientes

com sintomas de COVID-19.

19.2 Os candidatos selecionados e convocados deverão se apresentar para fins de **assinatura e celebração do Contrato Administrativo**, na Coordenação de Gestão de Pessoas, localizado no Hospital Regional Antônio Dias - HRAD, situado na Rua Major Gote, 1231, Centro, telefone (34) 3818- 6073, no horário das 08h00min às 17h00min, conforme dia e horário publicado na Convocação deste Chamamento, munidos obrigatoriamente, dos documentos abaixo, de cópia reprográfica simples, acompanhada dos originais, ou acompanhada de cópia reprográfica 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 60 (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 nº113, 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 Hospital Regional Antônio Dias – HRAD, 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, 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 19** deste **Chamamento Público**, ou se enquadrar em qualquer das vedações previstas no Decreto Estadual nº 48.097 de 23 de dezembro de 2020. 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.

**ANEXO VI** – Declaração Grupo de Risco COVID-19 e Ajustamento Funcional


Belo Horizonte, 25 de junho de 2021.

**Leonan Felipe dos Santos**

Diretor de Gestão de Pessoas da FHEMIG

**ANEXO I**  
**INSCRIÇÃO /CURRÍCULO PADRÃO**  
**CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL FHEMIG Nº 66/2021**

**1. PARA A FUNÇÃO DE MÉDICO:**

		<b>CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL FHEMIG</b> <b>Nº 66/2021</b> <b>Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19</b>	
Local e data	Médico Avaliador		Resultado da avaliação
<b>CURRÍCULO PADRÃO FHEMIG</b>			Para uso da Unidade
<b>OBS: FAVOR PREENCHER TODOS OS CAMPOS</b> <b>(NÃO SERÁ ACEITO CURRÍCULO COM PREENCHIMENTO INCOMPLETO)</b>			
<b>I – FUNÇÃO PRETENDIDA / MUNICÍPIO/UNIDADE</b>			
Município: Patos de Minas	Unidade: HRAD	Nº de inscrição no CRMMG:	
Especialidade que concorre:			
<b>II – INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>			
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
			<b>Público</b>
			<b>Privado</b>
			<b>Outros; especificar:</b>

**2. ANTERIORES**

( ) Não possui ( ) Sim

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

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

Patos de Minas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

**IMPORTANTE:**

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

**ANEXO II**

**QUADRO DE VAGAS E REMUNERAÇÃO POR CARGO**

**Médico Especialista – Nível III**

<b>Cargo</b>	<b>Nível / Grau</b>	<b>Carga Horária/ Semanal</b>	<b>Função</b>	<b>Quantitativo de Vagas</b>	<b>Remuneração</b>
MED	III / A	12 horas	Médico	20	R\$ 4.595,02
<b>OU</b>					
MED	III / A	24 horas	Médico	10	R\$ 9.000,00

**OU**

**Médico Generalista – Nível I**

<b>Cargo</b>	<b>Nível / Grau</b>	<b>Carga Horária/ Semanal</b>	<b>Função</b>	<b>Quantitativo de Vagas</b>	<b>Remuneração</b>
MED	I / A	12 horas	Médico	20	R\$ 3.500,00
<b>OU</b>					
MED	I / A	24 horas	Médico	10	R\$ 7.000,00

**REMUNERAÇÃO POR CARGO**

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

\*Conforme Decreto 48.004, de 06 de julho de 2020.

**MÉDICO - MED I – 12 horas semanais - R\$ 3.500,00** (Três mil e quinhentos reais).

**MÉDICO - MED III – 12 horas semanais - R\$ 4.595,02** (Quatro mil, quinhentos e noventa e cinco reais e dois centavos).

**MÉDICO - MED I – 24 horas semanais - R\$ 7.000,00** (Sete mil reais).

**MÉDICO - MED III – 24 horas semanais - R\$ 9.000,00** (Nove mil reais).

**ANEXO III**

**QUADROS DE DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS**

**MÉDICO ESPECIALISTA – CARGO MED – NÍVEL III – GRAU A**  
**INFECTOLOGIA, TERAPIA INTENSIVA, CLÍNICA MÉDICA**

<b>QUADRO I</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR TREINAMENTOS, CURSOS DE CAPACITAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E ESPECIALIZAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	
Residência ou Especialização em Nefrologia, Cardiologia, Reumatologia e Pneumologia registrada no CRM/MG.	20,0		
Participação em cursos, congressos na especialidade de infectologia e Terapia Intensiva (cada item 2,5 – máximo 5,0)	5,0		
Aprovação no ACLS nos últimos 2 anos	5,0		
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>30,0</b>		
<b>QUADRO II</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO</b>			
Médico com residência médica ou título de especialista registrado no CRMMG - Tempo de serviço prestado como médico na especialidade médica, em instituição de saúde pública ou privada.	<b>MESES</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
	Até 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	
Experiência em atendimento a pacientes internados em UTI.	Mais de 6 meses	10,0	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO</b>			<b>70,0</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II</b>			<b>100,00</b>

**MÉDICO GENERALISTA – 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 em andamento.	30,0		
Participação em cursos, congressos na especialidade de infectologia e Terapia Intensiva (cada item 2,5 – máximo 5,0)	5,0		
Aprovação no ACLS nos últimos 2 anos	5,0		
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>40,0</b>		
<b>QUADRO II</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO</b>			
Tempo de serviço prestado como médico em instituição de saúde pública ou privada.	<b>MESES</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
	Até 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	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO</b>			<b>60,0</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II</b>			<b>100,00</b>

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

CONTRATO ADMINISTRATIVO POR PRAZO DETERMINADO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS TÉCNICOS ESPECIALIZADOS NA ÁREA DE SAÚDE QUE ENTRE SI FAZEM A FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG E O CONTRATADO TEMPORÁRIO ABAIXO ESPECIFICADO NOS TERMOS DA LEI Nº 23.750 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2020 E DECRETO N.º 48.097 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2020.

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, a FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG, inscrita no CNPJ sob o n.º 19.843.929/0001-00, situada na Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - Serra Verde, Belo Horizonte - MG, CEP nº 31630-901, Capital, doravante denominada CONTRATANTE, representado pelo Sr. Diretor de Gestão de Pessoas, e o(a) Sr.(a) **XXXXXXXXXXXXX, IDENTIDADE MG – X.XXX.XXX, CPF nº XXX.XXX.XXX-XX, residente à RUA XXXXXXXXXXXXI, Nº XXX, BAIRRO : XXXXXXXX, CIDADE: XXXXXXXXXXXX, CEP nº XX.XXX.XXX,** denominado CONTRATADO TEMPORÁRIO, nos termos do inciso I do art. 3º da Lei nº 23.750 de 23 de dezembro de 2020 e do inciso I do art. 2º do Decreto n.º 48.097 de 23 de dezembro de 2020 e considerando a necessidade temporária de excepcional interesse público, resolvem firmar o presente contrato, mediante as cláusulas e condições seguintes:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA

O objetivo do presente contrato é a prestação dos serviços técnicos especializados de **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, com Carga Horária semanal de **XX horas**, a serem executados pelo CONTRATADO TEMPORÁRIO à CONTRATANTE na unidade **HOSPITAL XXXXXXXXXXXXXXXX**.

#### PARÁGRAFO ÚNICO

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

#### CLÁUSULA SEGUNDA

O presente contrato terá duração de até XXX (dias escrito por extenso) dias, tendo início em XX/XX/2021.

#### CLÁUSULA TERCEIRA

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

#### PARÁGRAFO PRIMEIRO

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

#### CLÁUSULA QUARTA

O presente contrato será rescindido, sem direito a indenizações:

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

#### 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 2021.

---

Leonan Felipe dos Santos  
Diretor de Gestão de Pessoas

---

Valéria Costa Queiroz  
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? \_\_\_\_\_

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 VI**  
**DECLARAÇÃO**  
**GRUPO DE RISCO DA COVID-19 E AJUSTAMENTO FUNCIONAL**

Eu, \_\_\_\_\_ MASP: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, declaro que não sou portador de  
imunossupressão, em tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia, hipertensão, diabetes, cardiopatias,  
pneumopatias, nefropatias; não possuo idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos; não estou gestante e/ou lactante,  
sendo considerados Grupo de Risco da COVID-19; estou ciente que serei contratado para trabalhar em regime  
exclusivamente presencial por se tratar de área finalística e de natureza médico-hospitalar e; não possuo restrição  
de atividade laboral ou ajustamento funcional.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
LOCAL DATA

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

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