

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

MATERNIDADE ODETE VALADARES

CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 14/2025

Situação Emergencial em Saúde Pública declarada por meio do Decreto NEº 411, de 02 de maio de 2025, em razão do cenário epidemiológico de Doenças Infecciosas Virais – 1.5.1.1.0 – Síndrome Respiratória Aguda Grave

A **Diretora de Gestão de Pessoas**, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig), no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Decreto Estadual nº 48.651, de 11 de julho de 2023, TORNA PÚBLICO que estará aberto este Chamamento Público Emergencial, objetivando a contratação temporária de profissionais, e a formação de Cadastro Reserva, para o atendimento de excepcional interesse público, a partir das **16h00min (conforme horário de Brasília) do dia 21 de maio de 2025 até as 9h00min (conforme horário de Brasília) do dia 26 de maio de 2025**, por meio do recebimento de inscrições, conforme estabelecido no teor deste Chamamento, para desempenho de atividades funcionais na Maternidade Odete Valadares da rede Fhemig, para fins de prevenção e enfrentamento da síndrome respiratória aguda grave (SRAG), com ênfase no atendimento de pacientes com sintomas respiratórios.

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 23.750 de 23 de dezembro de 2020, por tempo determinado de até 180 (cento e oitenta) dias, para prestação de serviços técnicos especializados na área de saúde de acordo com o determinado pela referida Lei, bem como pelo inciso II do art. 2º do Decreto nº 48.097 de 23 de dezembro de 2020.

2. DAS VAGAS E PRÉ-REQUISITOS:

Cargo	Nível / Grau	Carga Horária/Semanal	Função	Quantitativo de Vagas	Vencimento Básico
AGAS	III / A	30	Fisioterapeuta Respiratório	1 + CR	R\$ 4.427,59

2.1. São considerados Requisitos de Investidura de caráter eliminatório:

Requisito de Investidura	<p>1. Cópia, frente e verso, do Diploma/Histórico Escolar de curso de educação de nível médio, técnico, superior ou especialização conforme o grau de formação da função para a qual está concorrendo, certificado por instituição de ensino reconhecida pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais ou municipais de ensino.</p> <p>2. Cópia simples do documento que comprove registro no Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais, quando de profissão regulamentada.</p> <p>Obs: será aceito protocolo de registro contanto que datado dos últimos 90 dias.</p>	<p>Pré-Requisito.</p> <p>Caráter Eliminatório.</p>
--------------------------	--	--

3. DAS INSCRIÇÕES

3.1 - Para realizar a inscrição neste 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 mov.chamamentoemergencial@fhemig.mg.gov.br a partir **16h00min (conforme horário de Brasília) do dia 21 de maio de 2025 até as 9h00min (conforme horário de Brasília) do dia 26 de maio de 2025.**

3.2 O Currículo Padrão que consta no Anexo I deve ser 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 Chamamento Público Emergencial para a Função de _____.”**

3.4 Os candidatos da categoria profissional de **MÉDICO**, se disposto neste Chamamento, deverão informar no e-mail para qual especialidade estão concorrendo.

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

4. As informações sobre remuneração/vencimento básico 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.

10. O **resultado da classificação** será divulgado exclusivamente na página eletrônica da Fhemig no dia **28 de maio de 2025**.

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

12. Candidatos classificados em Cadastro Reserva poderão ser convocados mediante necessidade.

13. A contratação decorrente deste Certame terá duração por tempo determinado de até 180 (cento e oitenta) dias.

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. Por se tratar de Chamamento Público Emergencial, não haverá etapas de entrevistas, prova de conhecimentos específicos, testes psicológicos ou testes físicos.

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 Buscar por serviço de Perícia Médica, Saúde e Segurança do Trabalhador de preferência do candidato, 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. As despesas referentes à avaliação pré-admissional correrão às expensas do candidato.
- 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 Creatinina;
 - 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);
- 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.
- 17.1.8 O Questionário de Antecedentes Clínicos, constante no ANEXO IV, deverá ser

preenchido pelos candidatos e entregue junto ao ASO emitido por médico assistente.

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

18. DA CONTRATAÇÃO

18.1 Os candidatos selecionados deverão se apresentar, para fins de assinatura e celebração do Contrato Administrativo, na Maternidade Odete Valadares, Coordenação de Gestão de Pessoas – localizado à Rua Uberaba, 780, Prado, Belo Horizonte/MG, 1º andar, térreo, conforme dia e horário publicados no Resultado Final deste Chamamento, munidos obrigatoriamente, dos documentos abaixo, de cópia reprográfica simples, acompanhada dos originais, ou cópia autenticada em cartório:

- a) todos os documentos comprobatórios dos pré-requisitos conforme estabelecido no item 2 e seus subitens, de acordo com a função para a qual está concorrendo;
- b) documento de identidade, ou equivalente, com fotografia, reconhecido legalmente em todo o território nacional, de forma a comprovar ser brasileiro ou gozar das prerrogativas legais correspondentes e ter a idade mínima de 18 anos;
- c) título de eleitor e comprovante de votação na última eleição – primeiro e segundo turnos (quando houver). Caso não tenha o comprovante de votação, será aceito o título de eleitor acompanhado da certidão de quitação eleitoral emitido pela Justiça Eleitoral ou pelo site do TRE. **NÃO SÃO ACEITOS** comprovantes de justificativa eleitoral;
- d) cadastro nacional de pessoas físicas –CPF;
- e) certificado de reservista ou de dispensa de incorporação, sem 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.

18.2 O selecionado deverá se apresentar à Coordenação de Gestão de Pessoas do Hospital, 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.

18.3 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.

19. DA EXTINÇÃO CONTRATUAL:

19.1. O contratado temporário terá seu contrato rescindido e sem direito a indenizações nos seguintes casos:

- 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 temporário, mediante processo administrativo e garantida ampla defesa.

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

19.3. 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.

19.4. Integram este Regulamento e dele fazem parte os seguintes anexos, os quais deverão ser lidos e interpretados conjuntamente:

ANEXOS

ANEXO I – Inscrição/Currículo Padrão;

ANEXO II – Remuneração/Vencimento Básico por Cargo;

ANEXO III – Quadro de Distribuição de Pontos e Critérios de Desempate;

ANEXO IV - Questionário de Antecedentes Clínicos.

Belo Horizonte, 21 de maio de 2025

Marcelo Morandi Mathias Martins

Coordenador Central de Provimentos

Ingrid Vitória Carvalho Fraga

Gerente de Solução de Pessoas

Marina Emediato Lara Carvalho Mohl

Diretora de Gestão de Pessoas

ANEXO I
INSCRIÇÃO / CURRÍCULO PADRÃO
CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL FHEMIG Nº ____/2025
FUNÇÃO: _____

CURRÍCULO PADRÃO

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

FORMAÇÃO ACADÊMICA

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

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

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

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

- Curso:
- Instituição:
- Carga Horária:

➤ Data de conclusão do curso:

HISTÓRICO DAS EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS

➤ Empresa:

➤ Ramo de Atividade:

➤ Período: / / a / /

➤ Função

➤ Atividades Desempenhadas:

➤ Empresa:

➤ Ramo de Atividade:

➤ Período: / / a / /

➤ Função:

➤ Atividades Desempenhadas:

EXPOSIÇÃO DOS MOTIVOS

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

R:

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2025

Assinatura: _____

IMPORTANTE:

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

ANEXO II
VENCIMENTO BÁSICO *

AGAS III / 30hs/semanais – R\$ 4.427,59 (quatro mil quatrocentos e vinte e sete reais e cinquenta e nove centavos)

* Acrescida vantagens de Ajuda de Custo conforme disposto na Resolução Conjunta COFIN/SEPLAG/Nº002, de 13 de Maio de 2022, e Gratificação de Incentivo à Eficientização dos Serviços (GIEFS) conforme regulamentada pela Lei Estadual 11.406/1994.

ANEXO III
INFORMAÇÕES CURRICULARES - QUADROS DE DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS

Todas as funções

PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO/APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA DE NEONATOLOGIA.	PONTOS
Curso com carga horária de 08 até 20 horas	05
Curso com carga horária de 20 até 60 horas	10
Curso com carga horária acima de 60 horas	15
PONTUAÇÃO MÁXIMA	30

PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO DE FISIOTERAPEUTA RESPIRATÓRIO EM NEONATOLOGIA NOS ÚLTIMOS 5 ANOS.	Pontuação atribuída a cada ano completo de exercício sem sobreposição de tempo.	
	ANO(S)	PONTUAÇÃO
	1 (um)	12
	2 (dois)	24
	3 (três)	36
	4 (quatro)	48
	5 (cinco)	70
PONTUAÇÃO MÁXIMA		70
Pontuação Máxima Alcançável		100

No caso de empate serão observados os seguintes critérios, de acordo com a ordem em que se apresentam:

1. Maior pontuação obtida na **Experiência Profissional**, conforme estabelecido no **Anexo III**.
2. Maior pontuação obtida por participação em treinamentos, cursos de capacitação, aperfeiçoamento e especialização, conforme estabelecido no **Anexo III**.
3. Maior idade.

ANEXO IV

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 freqüência daurina		

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)