PROCESSO SELETIVO Nº 21/2018, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2018

REFERENTE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

A Associação Hospitalar Moinhos de Vento (AHMV), entidade privada sem fins lucrativos, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda sob o nº. 92.685.833-/0001-51, com sede na Rua Ramiro Barcelos, 910 – Floresta– CEP: 90.035-001 – Porto Alegre/RS, torna público, para o conhecimento dos interessados, que estão abertas as inscrições do **processo seletivo para prestação de serviço,** tendo como objetivo a contratação de pessoa física ou jurídica para prestação de serviços nas necessidades e atividades dos Projetos vinculados ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS - PROADI-SUS, desenvolvidos em parceria entre a AHMV e o Ministério da Saúde.

Abaixo, segue as especificações:

1. DESCRIÇÃO DA VAGA E DOS SERVIÇOS

PROJETO	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	NÚMERO DE VAGAS
"Teleoftalmologia como Estratégia de Atenção Integral à Saúde Ocular" Nº NUP: **25000.013889/2018-53**	Prestador de serviços com especialidade médica em oftalmologia, para realizar exames oftalmológicos para pesquisa.	01 Vaga 02 CR*

(*) CR: Cadastro Reserva

2. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO

2.1. Ter nacionalidade brasileira ou estrangeira na forma da legislação federal;

2.2. Ter graduação em escola brasileira ou, se diplomado no exterior, ter diploma reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC);

2.3. Ter idade mínima de dezoito anos completos;

2.4. Estar em dia com as obrigações eleitorais e militares;

2.5. Atender os requisitos e serviços solicitados neste processo.

3. DOS PRÉ-REQUISITOS

3.1. Formação em curso superior em Medicina devidamente registrado, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC);

3.2. Registro vigente no Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS);

3.3. Título de especialista em Oftalmologia emitido pelo MEC ou AMB, e registrado no CREMERS;

3.4. Disponibilidade para realizar os exames oftalmológicos no Hospital da Restinga e Extremo Sul, em Porto Alegre/RS;

4. DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DAS ATIVIDADES
O profissional avaliará 870 participantes de estudo clínico, para diagnóstico de: erros refrativos, catarata (incluindo graduação clínica da densidade do cristalino), glaucoma ou suspeita de glaucoma e retinopatia diabética (incluindo classificação e estadiamento da retinopatia). Fazem parte da avaliação: refração, tonometria, biomicroscopia de segmento anterior e de fundo de olho, e análise de retinografia. Os resultados dos exames e impressões diagnósticas deverão ser preenchidos em instrumento padronizado, disponibilizado pelo projeto de pesquisa. As atividades serão desenvolvidas no Hospital da Restinga e Extremo Sul, em Porto Alegre - RS.

5. CRONOGRAMA DO PROCESSO SELETIVO

EVENTO	DATA
Inscrições	14/11/2018 à 27/11/2018
Divulgação da lista de inscrições homologadas	30/11/2018
Divulgação dos candidatos selecionados para segunda etapa e divulgação do horário das entrevistas	03/12/2018
Entrevista individual	04/12/2018 à 05/12/2018
Publicação do resultado dos candidatos selecionados para apresentação das propostas de trabalho.	07/12/2018

O cronograma poderá sofrer alterações a critério da AHMV.

6. DAS INSCRIÇÕES

6.1. Antes de efetuar a inscrição, o candidato deverá conhecer este documento de seleção e certificar-se de que preenche todos os pré-requisitos e concorda com os termos exigidos para a participação neste processo seletivo;

6.2. As inscrições para o processo seletivo de que trata o presente, deverão ser efetuadas no período previsto no Cronograma;

6.3. A ficha de inscrição está disponível no **Anexo I** deste documento.

6.4. Enviar a ficha de inscrição preenchida (**Anexo I**) e a documentação solicitada conforme o item "3. Dos Pré-requisitos" para o e-mail: magda.guimaraes@hmv.org.br e silvana.tome@hmv.org.br.

7. DO PROCESSO SELETIVO

7.1. A seleção compreenderá duas etapas, sendo a primeira por meio de análise de currículo e a segunda, por meio de entrevista, sob a coordenação da liderança do projeto;

7.2. Participarão da primeira etapa do processo todos os candidatos que atenderem os pré-requisitos, entregarem a ficha de inscrição e a documentação solicitada no período previsto no cronograma;

7.3. Participarão da segunda etapa (entrevista), os candidatos que forem selecionados através da análise do currículo.

7.3.1. A entrevista ocorrerá na sede do TelessaúdeRS, localizada na Rua Dona Laura , Nº 320 - Sala 1101 - Porto Alegre/RS;

7.3.2. Há possibilidade de realização de entrevista virtual (por Google Meet, Webex ou Hangout). Esta modalidade de entrevista poderá ser gravada.

7.4. A não apresentação de documentos ou não realização de qualquer uma das etapas ocasionará a eliminação do candidato.

7.5. Os candidatos selecionados no processo seletivo serão convidados a apresentar suas propostas de trabalho com o valor para execução dos serviços de acordo com a descrição do mesmo, conforme o quadro do item 1 deste documento. As propostas serão avaliadas e poderão ser negociadas.

7.6. Após análise e negociação das propostas pela AHMV será(ão) selecionado(s) o(s) candidato(s) para o preenchimento da vaga disponível.

8. DOS CRITÉRIOS GERAIS DE AVALIAÇÃO E SELEÇÃO

8.1. A seleção dos candidatos para apresentação das propostas será pela soma da pontuação dos resultados, de acordo com os pesos especificados no quadro a seguir:

PESOS DOS INSTRUMENTOS DO PROCESSO SELETIVO	
Instrumentos de Seleção	**Peso**
1ª Etapa:	
Currículo	6
2ª Etapa:	
Entrevista	4
Total	**10**

8.2. A análise curricular será realizada de acordo com os seguintes parâmetros:

Avaliação do Currículo	
TÓPICOS CURRÍCULO	**PONTUAÇÃO MÁXIMA**
- Quarto ano de Residência em Oftalmologia e/ou Fellowships em Oftalmologia: até 2,0 pontos* - Mestrado: 0,5 ponto se em andamento, 1,0 ponto se concluído - Doutorado: 1,0 ponto se em andamento, 2,0 pontos se concluído - Experiência profissional em Oftalmologia, após obtenção do título de Oftalmologista: até 1,0 pontos* *Cada ano equivale a 0,5 ponto.	6 pontos

8.3. A avaliação da entrevista será realizada de acordo com os seguintes parâmetros:

Avaliação da Entrevista	
TÓPICOS ENTREVISTA	**PONTUAÇÃO MÁXIMA**
- Relato da trajetória e experiência profissional do candidato: até 1,0 ponto - Fluência verbal e capacidade de organização e coerência de ideias: até 1,0 ponto - Discussão de caso clínico em Oftalmologia, sorteado no momento da entrevista: até 2,0 pontos	4 pontos

9. DA DIVULGAÇÃO

9.1. A divulgação deste processo seletivo e as divulgações complementares referentes a datas, horários e locais de realização de etapas do processo seletivo, bem como informativos e avisos serão realizadas pela Internet, no endereço eletrônico http://iep.hospitalmoinhos.org.br/noticias.

10. DO RESULTADO FINAL DO PROCESSO SELETIVO

10.1 O resultado dos candidatos selecionados para apresentação das propostas de trabalho será publicado conforme cronograma, no endereço eletrônico http://iep.hospitalmoinhos.org.br/noticias.

10.2 No caso de empate nas etapas um e dois do processo serão utilizados como critério de desempate nesta ordem:

10.1.1. Maior nota obtida no currículo;

10.1.2. Maior tempo de experiência.

11. DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS E CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO

11.1. São condições para a contratação:

11.1.1. O candidato selecionado de acordo com os critérios estabelecidos neste processo.

11.1.2. Apresentar a documentação completa, devidamente relacionada nos itens 11.2 e 11.3, de acordo com a forma de contratação da prestação de serviço escolhida pelo candidato.

11.2. Os documentos obrigatórios (cópias) para contratação **Pessoa Física** são:

- RG e CPF;
- Currículo;
- Diploma de Graduação (frente e verso);
- Diploma de Maior Titulação (frente e verso);
- Comprovante de residência atual;
- Dados Bancários (extrato, cheque, cartão ou outros);
- Registro no Conselho Profissional;
- Pagamento do Conselho Profissional;
- Certificado ou Declaração de Regularidade no Conselho Profissional;
- Inscrição do PIS ou NIT;
- Preencher a ficha de cadastro Pessoa Física conforme Anexo II.

11.3. Os documentos obrigatórios para contratação **Pessoa Jurídica** são:

- Documentos Constitutivos (Estatuto Social ou Contrato Social e respectivas alterações, devidamente registrados);
- Cartão CNPJ;
- Comprovante de Inscrição Estadual/Municipal;
- Alvará de localização e/ou funcionamento (emitido pela prefeitura);
- Certidão negativa de débitos federal, estadual e municipal;
- Cópia dos documentos do representante legal RG e CPF;
- Dados bancários (cópia de extrato, cópia do talão de cheques, cartão ou outros);
- Certidão de Regularidade do Conselho Profissional;
- Preencher a ficha de cadastro Pessoa Jurídica conforme Anexo III.

12. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. O Cronograma para a realização do processo seletivo poderá ser alterado pela AHMV a qualquer momento, desde que seja divulgado da mesma forma como se deu o texto original;

12.2. É vetada a participação de funcionários da AHMV no processo seletivo e funcionários públicos com dedicação exclusiva;

12.3. Será excluído do processo seletivo o candidato que:

12.3.1. Prestar, em qualquer documento, declaração falsa ou inexata, sendo que a inexatidão das informações, a irregularidade dos documentos ou a não comprovação dos mesmos, no prazo solicitado pela AHMV, ainda que verificadas posteriormente, eliminarão o candidato do processo seletivo, anulando-se todos os atos decorrentes de sua inscrição;

12.3.2. Utilizar-se de quaisquer recursos ilícitos ou fraudulentos em qualquer etapa;

12.3.3. Faltar a qualquer uma das fases de seleção, quando convocado pela AHMV.

13. DO PRAZO DE VALIDADE DO PROCESSO SELETIVO

13.1. O processo seletivo terá validade de um (1) ano a contar da data da publicação e homologação dos mesmos, prorrogável, uma vez, por igual período, a critério da AHMV.

Porto Alegre, 14 de novembro de 2018.

Luis Eduardo Ramos Mariath
Gerência de Responsabilidade Social

Anexo I

Formulário de Inscrição

Processo Seletivo Nº 21/2018

DADOS PESSOAIS:

Nome:		
Data de Nascimento:	**RG:**	**CPF:**
Endereço:		
Bairro:	**Cidade:**	
CEP:	**Estado:**	
Telefone:	**Celular:**	
E-mail:		

DOCUMENTOS NECESSÁRIO

- Currículo;
- Diploma de formação em curso superior em Medicina devidamente registrado, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC);
- Registro vigente no Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS);
- Título de especialista em Oftalmologia emitido pelo MEC ou AMB, e registrado no CREMERS;

FORMA DE CONTRATAÇÃO PREFERIDA – Selecione a forma de contratação preferida:

☐ ***Pessoa Física***	☐ ***Pessoa Jurídica***

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO | PROADI-SUS Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde | SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE | GOVERNO FEDERAL

Anexo II

Formulário de Cadastro Pessoa Física

DADOS PESSOAIS:

Nome:		
Data de Nascimento:	**RG:**	**CPF:**
Endereço:		
Bairro:	**Cidade:**	
CEP:	**Estado:**	
Telefone:	**Celular:**	
E-mail:		

FORMAÇÃO ACADÊMICA:

☐ **Graduação:**	**Ano de Conclusão:**
Instituição:	
☐ **Maior Titulação:**	**Ano de Conclusão:**
Instituição:	

ATIVIDADE PROFISSIONAL:

Instituição	
Função:	**Setor:**

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

Favor marcar os documentos que serão enviados para pagamento:

☐ **Currículo**	
☐ **Diploma de Graduação (frente e verso)***	
☐ **Diploma de Maior Titulação (frente e verso)***	
☐ **Comprovante de endereço***	☐ **Contribuição Sindical do Ano**
☐ **RG e CPF***	☐ **Registro no Conselho Profissional***
☐ **Inscrição no ISSQN**	☐ **Pagamento do Conselho Profissional**
	☐ **Certificado ou Declaração de Regularidade no Conselho Profissional***
☐ **Sem inscrição no ISSQN**	☐ **Inscrição do PIS ou NIT***
☐ **Dados Bancários (extrato, cheque, cartão ou outros)***	☐ **Comprovantes de INSS do último mês**

***Documentos obrigatórios**

Anexo III

Formulário de Cadastro Pessoa Jurídica

PESSOA JURÍDICA

EMPRESA

Razão social:_____

Endereço fiscal:_____

Bairro:_____ Cidade/UF:_____ CEP:_____

CNPJ/MF:_____ Inscrição Municipal:_____

Inscrição Estadual: _____ Celular empresarial: _____

Telefone:_____ FAX:_____

E-mail:_____

ENQUADRAMENTO FISCAL

Optante Simples Nacional: ( ) Sim ou ( ) Não

Sociedade de profissionais: ( ) Sim ou ( ) Não

Possui inscrição no CPOM: ( ) Sim ou ( ) Não

DADOS BANCÁRIOS DA PESSOA JURÍDICA

Banco:_____ Agência: _____ Conta: _____

✓ Comprovação bancária (Caso houver alterações de dados bancários, o mesmo deverá ser formalizado em documento hábil assinado pelo responsável da empresa).

Declaro como sendo de minha inteira responsabilidade a veracidade das informações contidas neste documento e sempre que houver alterações formalizar em documento hábil.

_____

Assinatura do responsável / Data