

**PROCESSO SELETIVO Nº 13/2018, DE 16 DE AGOSTO 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 à 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 vinculadas 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   | SELECIONADOS PARA 2ª ETAPA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------|
| Qualificação do Programa de Transplante de Medula Óssea do Sistema Único de Saúde<br><b>PROCESSO/NUP<br/>25000.009767/2018-62</b> | Consultoria à equipe do Projeto na realização de Estudo de Microcusteio para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação do paciente candidato ao TCTH (Transplante de Células Tronco Hematopoéticas);</li> <li>• Realização do TCTH;</li> <li>• Acompanhamento do Pós TCTH;</li> <li>• Processo de doação de células tronco hematopoéticas;</li> <li>• Tratamento com fotoférese extracorpórea (FEC).</li> </ul> | 01 Vaga<br>01 CR* | 04 Seleccionados           |
|                                                                                                                                   | Consultoria à equipe do Projeto na realização de Estudo de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Custo-efetividade do TCTH;</li> <li>• Custo da terapia transfusional</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                      | 01 Vaga<br>01 CR* | 04 Seleccionados           |

(\*) 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 devidamente registrado, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC);
- 3.2 Experiência em estudos de avaliação econômica na área da saúde, desejável no segmento de prestação de serviço;
- 3.3 Apresentação de portfólio de serviços, contendo serviços prestados na área da saúde, desejável no segmento de prestação de serviço;
- 3.4 Atestado de capacidade técnica, de pelo menos 01 (um) trabalho, condizente com o tipo de serviço a ser prestado.

## 4. DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

### DESCRIÇÃO SUMÁRIA DAS ATIVIDADES

Prestação de consultoria à equipe do Projeto, orientando o desenvolvimento de estudos de avaliação econômica da realização de TCTH, que tem como objetivo principal gerar casuística para acompanhamento de efetividade e custos do transplante.

## 5. CRONOGRAMA DO PROCESSO SELETIVO

| EVENTO                                                                                            | DATA                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Inscrições                                                                                        | 16/08/2018 a 26/08/2018 |
| Divulgação da lista de inscrições homologadas                                                     | 28/08/2018              |
| Divulgação dos candidatos selecionados para segunda etapa e divulgação do horário das entrevistas | 29/08/2018              |
| Entrevista individual                                                                             | 03 e 04/09/2018         |
| Publicação do resultado dos candidatos selecionados para apresentação das propostas de trabalho.  | 06/09/2018              |

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 link <http://iep.hospitalmoinhos.org.br/noticias>  
Ou no Anexo I deste documento.
- 6.4. Enviar a ficha de inscrição preenchida e a documentação solicitada na mesma para o e-mail: [magda.guimaraes@hmv.org.br](mailto:magda.guimaraes@hmv.org.br) e [silvana.tome@hmv.org.br](mailto: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/portfólio 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, observando o número previsto no quadro do item 1;
  - 7.3.1. A entrevista ocorrerá na área de Responsabilidade Social – PROADI-SUS, localizada à Rua Ramiro Barcelos, Nº 630- Sala 915 - Porto Alegre/RS;
  - 7.3.2. Há possibilidade de realização de entrevista virtual (por Google Meet, Webex ou Hangout) para os que não residirem em Porto Alegre. 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      |
| <b>1ª Etapa:</b>                            |           |
| Currículo                                   | 6         |
| <b>2ª Etapa:</b>                            |           |
| Entrevista                                  | 4         |
| <b>Total</b>                                | <b>10</b> |

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

| Avaliação do Currículo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| TÓPICOS CURRÍCULO/PORTFÓLIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PONTUAÇÃO MÁXIMA |
| <p><b>Formação do candidato: até 1,5 pontos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pós-doutorado – 0,5 ponto</li> <li>- Doutorado – 0,5 ponto</li> <li>- Mestrado – 0,25 ponto</li> <li>- Especialização – 0,25 ponto</li> </ul> <p><b>Conhecimentos Específicos: até 1,5 ponto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudos de avaliação econômica, custo-efetividade, análise de custos, microcusteio na área da saúde.</li> </ul> <p><b>Experiência Profissional: até 3 pontos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiência comprovada em projeto de avaliação econômica na área da saúde.</li> </ul> | 6 pontos         |

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

| Avaliação da Entrevista                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| TÓPICOS ENTREVISTA                                                                                                                                                                                                                                                       | PONTUAÇÃO MÁXIMA |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato da trajetória e experiência profissional do candidato – <b>até 2 pontos</b></li> <li>- Adequação técnica, domínio, capacidade de organizar as ideias com objetividade e clareza didática- <b>até 2 pontos</b></li> </ul> | 4 pontos         |

## 9. DA DIVULGAÇÃO

A divulgação oficial do inteiro teor 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

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

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

10.1.1. A maior nota obtida no currículo;

10.1.2. O maior tempo de experiência profissional sobre o assunto, comprovado.

## 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 Empresa nacional ou estrangeira com cadastro regular (CNPJ) junto à Receita Federal, com no mínimo 01 (um) ano de atuação;

11.1.3 Empresa com objeto social condizente com o tipo de serviço a ser prestado;

11.1.4 Estar em dia com as obrigações fiscais e patronais;

11.1.5 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:

- Cópia do contrato social;
- Dados Bancários (cópia do extrato, cópia do talão de cheque, cartão ou outros);
- Documento de quem assina pela empresa;
- Cópia do alvará de funcionamento;
- Certidões negativas de débitos federal, estadual e municipal;
- Inscrição estadual e ou municipal;
- 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.

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, 16 de Agosto de 2018.

Luis Eduardo Ramos Mariath  
Gerência de Responsabilidade Social

**Anexo I**

**Formulário de Inscrição**

**Processo Seletivo Nº 13/2018**

**DADOS PESSOAIS:**

|                            |                 |             |
|----------------------------|-----------------|-------------|
| <b>Nome:</b>               |                 |             |
| <b>Data de Nascimento:</b> | <b>RG:</b>      | <b>CPF:</b> |
| <b>Endereço:</b>           |                 |             |
| <b>Bairro:</b>             | <b>Cidade:</b>  |             |
| <b>CEP:</b>                | <b>Estado:</b>  |             |
| <b>Telefone:</b>           | <b>Celular:</b> |             |
| <b>E-mail:</b>             |                 |             |
| <b>Profissão:</b>          |                 |             |

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

- Currículo Lattes;
- Atestado de capacidade técnica, de pelo menos 01 (um) trabalho, condizente com o tipo de serviço a ser prestado.

**INSCRIÇÃO – Selecione o(s) serviço(s) de interesse**

| DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | INTERESSE |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Consultoria à equipe do Projeto na realização de Estudo de Microcusteio para: <ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliação do paciente candidato ao TCTH (Transplante de Células Tronco Hematopoéticas);</li><li>• Realização do TCTH;</li><li>• Acompanhamento do Pós TCTH;</li><li>• Processo de doação de células tronco hematopoéticas;</li><li>• Tratamento com fotoférese extracorpórea (FEC).</li></ul> |           |
| Consultoria à equipe do Projeto na realização de Estudo de: <ul style="list-style-type: none"><li>• Custo-efetividade do TCTH;</li><li>• Custo da terapia transfusional.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                  |           |

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

|                                               |                                                 |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Pessoa Física</b> | <input type="checkbox"/> <b>Pessoa Jurídica</b> |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|

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:

|                                                |                   |
|------------------------------------------------|-------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Graduação: | Ano de Conclusão: |
| Instituição:                                   |                   |
| <input type="checkbox"/> Maior Titulação:      | Ano de Conclusão: |
| Instituição:                                   |                   |

ATIVIDADE PROFISSIONAL:

|             |        |
|-------------|--------|
| Instituição |        |
| Função:     | Setor: |

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

Favor marcar os documentos que serão enviados para pagamento:

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

\*Documentos obrigatório



### 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