HOSPITAL MOINHOS DE VENTO
Afiliado a JOHNS HOPKINS MEDICINE INTERNATIONAL

**EDITAL Nº 01/2018, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2018.**

**PROCESSO SELETIVO DE 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 a 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,** objetivando 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, desenvolvidos em parceria entre a AHMV e o Ministério da Saúde.

Abaixo, especificações:

**1. DESCRIÇÃO DA VAGA E DOS SERVIÇOS**:

| PROJETO | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS | VALOR | NÚMERO DE VAGAS | CLASSSIFICAÇÃO PARA 2ª ETAPA |
|---|---|---|---|---|
| DONORS: Estratégias para otimizar a doação de órgãos no Brasil SIPAR 25000.024929/2016-21 | Realizar as atividades de capacitação de equipes em hospitais participantes do projeto, em todo o território nacional, para utilização de protocolo de manejo do potencial doador. | (R$) 2.500,00* | 20 (sendo 10 para cadastro reserva) | Até a 40ª classificação |

(*) por Hospital Capacitado. Os selecionados poderão capacitar no mínimo, 1 (um) e, no máximo, vinte (20) hospitais, conforme disponibilidade.

**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 por universidade brasileira;

2.3 Ter idade mínima de dezoito anos completos;

2.4 Estar em dia com as obrigações eleitorais e militares;

2.5 Atender aos requisitos para a vaga a qual concerne e cumprir todas as determinações deste Edital.

**3. DOS PRÉ-REQUISITOS**

3.1 Diploma de curso superior de Medicina devidamente registrado, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC);

3.2 Título de especialista ou certificado de conclusão no Programa de Residência Médica (PRM),

reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), na especialidade de Medicina Intensiva;

3.3 Habilitação legal para o exercício da profissão de Médico: Carteira com o número de Registro no Conselho Profissional (CRM).

3.4 Certificado ou Declaração de Regularidade, expedida pelo Conselho Regional de Medicina (CRM).

3.5 Disponibilidade para viagens.

## 4. DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS:

| DESCRIÇÃO SUMÁRIA DAS ATIVIDADES |
|---|
| Realização de capacitação das equipes dos hospitais participantes do projeto, por meio de aula padronizada pela equipe do projeto, na utilização de um *cheklist* de metas para manejo do potencial doador em suspeita de morte encefálica. |

## 5. CRONOGRAMA DO PROCESSO SELETIVO:

| EVENTO | DATA |
|---|---|
| Inscrições e envio de *Curriculum Vitae (preferencialmente no formato Lattes)* | 21/02/2018 a 02/03/2018 |
| Divulgação da lista de inscrições homologadas | 05/03/2018 |
| Período de encaminhamento de Recurso referente à inscrição | 06 e 07/03/2018 |
| Período de resposta de Recurso referente à inscrição | 08/03/2018 |
| Divulgação dos candidatos selecionados, com base na classificação do currículo e divulgação do horário das entrevistas dos candidatos selecionados, no site | 09/03/2018 |
| Entrevista individual | 12 e 13/03/2018 |
| Publicação dos candidatos aprovados | 15/03/2018 |
| Período de encaminhamento de Recurso referente à publicação dos candidatos aprovados | 15/03/2018 e 16/03/2018 |
| Período de resposta de Recurso referente à publicação dos candidatos aprovados | 20/03/2018 |
| Publicação do resultado do edital | 20/03/2018 |

## 6. DAS INSCRIÇÕES

6.1 Antes de efetuar a inscrição, o candidato deverá conhecer o edital e certificar-se de que preenche todos os requisitos exigidos para a participação neste processo seletivo.

6.2 As inscrições para o Processo Seletivo de que trata o presente Edital, deverão ser efetuadas no período previsto no Cronograma deste.

6.3 Preencher a ficha de inscrição disponível neste link: http://iep.hospitalmoinhos.org.br/

6.4 Enviar a ficha de inscrição (Anexo I) preenchida, com o currículo e os documentos solicitados na ficha de inscrição 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 de caráter eliminatório e classificatório, 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 todos os candidatos que entregarem o currículo, a ficha de inscrição e a documentação solicitada na ficha de inscrição no período previsto no cronograma.

7.3 Participarão da segunda etapa, os candidatos que tiverem obtido melhor classificação, conforme o número de vagas previsto no quadro do item 1.

7.3.1 Na ocasião da entrevista, o candidato classificado para a segunda etapa do processo seletivo, deverá entregar a documentação indicada de acordo com o tipo de prestação de serviço e contratação Pessoa Física (Anexo II) ou Pessoa Jurídica (Anexo III).

7.3.2 A entrevista ocorrerá no Escritório de Projetos Hospital Moinhos de Vento, Rua Ramiro Barcelos, Nº 630- Sala 915 - Porto Alegre/RS.

7.3.3 Há possibilidade de realização de entrevista (por *Webex*). Esta modalidade de entrevista poderá ser gravada.

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

## 8. DOS CRITÉRIOS GERAIS DE AVALIAÇÃO, APROVAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS PROCESSOS SELETIVOS

8.1 A nota final do candidato será a 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 | 3 |
| **2ª Etapa:** | |
| Entrevista | 7 |
| **Total** | **10** |

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

| TÓPICOS | PONTUAÇÃO MÁXIMA |
|---|---|
| - Pós-doutorado – 3 pontos<br>- Doutorado – 2 pontos<br>- Mestrado – 1 ponto<br>- Especialização (além da exigida em pré-requisitos) – 0,5 ponto | 3 pontos* |

(*) Será pontuada a maior qualificação do candidato

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

| TÓPICOS | PONTUAÇÃO MÁXIMA |
|---|---|
| - Trajetória profissional do candidato (ênfase em conhecimento sobre manejo de potencial doador em suspeita de morte encefálica, utilização de protocolos guiados por metas, experiência em treinamento de profissionais da área da saúde) – até 4 pontos.<br>- Fluência verbal e capacidade de organização e coerência de ideias – até 2 pontos.<br>- Motivação do candidato em relação ao formato da capacitação e disponibilidade para dinâmica de viagens – até 1 ponto. | 7 pontos |

## 9. DA DIVULGAÇÃO

9.1 A divulgação oficial do inteiro teor deste Edital e as divulgações complementares referentes a datas, horários e locais de realização de etapas dos Processos Seletivos, bem como informativos e avisos, serão realizadas pela Internet, no endereço eletrônico

http://iep.hospitalmoinhos.org.br/

9.2 Os horários referidos neste Edital seguirão o horário de Brasília.

## 10. DO RESULTADO FINAL DO PROCESSO SELETIVO

10.1 O resultado final do Processo Seletivo será publicado, conforme cronograma, no endereço eletrônico http://iep.hospitalmoinhos.org.br/

10.2 No caso de empate no resultado final, serão utilizados como critério de desempate, nesta ordem:

- A melhor nota obtida na entrevista.
- A maior idade do candidato.

## 11. DOS RECURSOS DA INSCRIÇÃO

11.1. Do resultado do processo seletivo, cabe recurso de revisão, sendo o prazo para interposição de recursos de até 2 (dois) dias úteis após a divulgação do resultado.

11.2. O recurso deverá ser entregue por e-mail eletrônico magda.guimaraes@hmv.org.br e silvana.tome@hmv.org.br, de acordo com as datas previstas no cronograma, das 8h às 17h.

11.3. Serão indeferidos os recursos que não observarem a forma, o prazo e os horários previstos neste Edital (modelo arquivo para recurso – Anexo IV).

11.4 As respostas dos recursos serão divulgadas de acordo com as datas previstas no cronograma.

## 12. DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS E CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO

12.1 São condições para a contratação:

a) O candidato ser aprovado e selecionado de acordo com a ordem de classificação no processo seletivo.

b) Apresentar a documentação completa, devidamente relacionada nos itens 12.2 e 12.3, de acordo com a forma de contratação da prestação de serviço escolhida pelo candidato.

12.2 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 (CRM);
- Certificado de Regularidade com o CRM;
- Inscrição do PIS ou NIT;
- Preencher o formulário de cadastro Pessoa Física conforme Anexo II.

12.3 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;
- Preencher o formulário de cadastro Pessoa Jurídica conforme Anexo III.

## 13. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1 O Cronograma para a realização dos Processos Seletivos poderá ser alterado pela AHMV a qualquer momento, desde que não acarrete prejuízo aos interessados e seja divulgada da mesma forma como se deu o texto original.

13.2 É vetada a participação de funcionários da AHMV no processo seletivo.

13.3 Será excluído do Processo Seletivo o candidato que:

13.3.1 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;

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

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

Porto Alegre, 21 de fevereiro de 2018.

| | | |
|---|---|---|
| Dra. Caroline Cabral Robinson<br>Líder Projeto DONORS | Dr. Regis Goulart Rosa<br>Responsável Técnico<br>Projeto DONORS | Dr. Luciano Hammes<br>Superintendência Educação, Pesquisa e Responsabilidade Social |

**Anexo I**

## Formulário de Inscrição

**DADOS PESSOAIS:**

| | | |
|---|---|---|
| **Nome:** | | |
| **Data de Nascimento:** | **RG:** | **CPF:** |
| **Endereço:** | | |
| **Bairro:** | **Cidade:** | |
| **CEP:** | **Estado:** | |
| **Telefone:** | **Celular:** | |
| **E-mail:** | | |
| **Número do registro no CRM:** | | |

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS – Selecione os documentos que você está encaminhando juntamente com esta ficha de inscrição:**

| |
|---|
| ☐ ***Curriculum vitae* ou link do currículo *Lattes.*** |
| ☐ **Cópia frente e verso do Diploma de curso superior de Medicina devidamente registrado, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC).** |
| ☐ **Cópia frente e verso do certificado de titulação de especialista ou de conclusão no Programa de Residência Médica (PRM), reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), na especialidade de Medicina Intensiva.** |
| ☐ **Habilitação legal para o exercício da profissão de Médico: Carteira com o Registro no Conselho Profissional (CRM).** |
| ☐ **Certificado ou Declaração de Regularidade, expedida pelo Conselho Regional de Medicina (CRM).** |

**FORMA DE CONTRATAÇÃO PREFERIDA – Selecione a forma de contratação preferida (conforme item 12 deste edital, você deverá apresentar os documentos referentes à forma de contratação selecionada na etapa de entrevista):**

| | |
|---|---|
| ☐ ***Pessoa Física*** | ☐ ***Pessoa Jurídica*** |

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO
Afiliado a JOHNS HOPKINS MEDICINE INTERNATIONAL

**Anexo II**

## 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** |
| ☐ **Sem inscrição no ISSQN** | ☐ **Certificado de Regularidade*** |
| ☐ **Dados Bancários (extrato, cheque, cartão ou outros)*** | ☐ **Inscrição do PIS ou NIT*** <br> ☐ **Comprovantes de INSS do último mês** |

***Documentos obrigatórios**

**Anexo III**

**Cadastro 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

HOSPITAL MOINHOS DE VENTO
Afiliado a JOHNS HOPKINS MEDICINE INTERNATIONAL

**Anexo IV**

**Requerimento de Recurso**

À Equipe de Processo Seletivo,

| |
|---|
| Nome Completo: |
| Número do Documento de Identidade: |
| Endereço Completo: |
| Telefones: |
| Edital para o qual se inscreveu: |

Questionamento: _____

_____

_____

_____

_____

_____

Embasamento: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____, _____ de _____ de 2018.

_____

Assinatura do(a) Candidato(a)