

PROCESSO SELETIVO Nº 15/2019, DE 25 DE MARÇO DE 2019

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 desenvolver atividades vinculadas ao **Projeto DONORS - Estratégias para otimizar a doação de órgãos no Brasil** do 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 DONORS: Estratégias para otimizar a doação de órgãos no Brasil

NUP Nº 25000.024929/2016-21

ÁREA DE CONHECIMENTO	VALOR POR CAPACITAÇÃO	Nº DE VAGAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	PERÍODO DAS ATIVIDADES
Medicina Intensiva	R\$ 2.500,00	20 vagas	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.	De Maio de 2019 a Dezembro de 2020

2. DAS VAGAS

2.1 A Associação Hospitalar Moinhos de Vento (AHMV) irá realizar o chamamento dos selecionados conforme necessidade do Projeto. Dos candidatos selecionados na segunda etapa do processo, 20 (vinte) candidatos serão selecionados para ocupação das vagas disponíveis e poderão ser chamados conforme a necessidade do projeto, mediante o prazo validade deste processo seletivo.

3. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO

3.1 Ter nacionalidade brasileira ou estrangeira na forma da legislação federal;

3.2 Ter graduação em escola brasileira ou, se diplomado no exterior, ter diploma reconhecido pelo

Ministério da Educação e Cultura (MEC);

- 3.3 Ter idade mínima de dezoito anos completos;
- 3.4 Estar em dia com as obrigações eleitorais e militares;
- 3.5 Atender os requisitos e serviços solicitados neste processo.

4. DOS PRÉ-REQUISITOS

4.1. São pré-requisitos para a inscrição neste processo seletivo e deverão ser comprovados conforme descrição abaixo:

- 4.1.1 Diploma de curso superior de Medicina devidamente registrado, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC);
- 4.1.2 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;
- 4.1.3 Habilitação legal para o exercício da profissão de Médico: Carteira com o número de Registro no Conselho Profissional (CRM).
- 4.1.4 Certificado ou Declaração de Regularidade Ética, expedida pelo Conselho Regional de Medicina (CRM).
- 4.1.5 Disponibilidade para viagens.

5. 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 checklist de metas para manejo do potencial doador em suspeita de morte encefálica.

6. CRONOGRAMA DO PROCESSO SELETIVO

EVENTO	DATA
Inscrições	25/03/2019 a 07/04/2019
Divulgação da lista de inscrições homologadas	09/04/2019
Divulgação dos candidatos selecionados para segunda etapa e divulgação do horário das entrevistas	10/04/2019
Entrevista individual	11/04/2019 a 12/04/2019
Publicação do resultado dos candidatos selecionados	15/04/2019
Período de Recurso	16/04/2019 a 17/04/2019
Resposta de Recurso	18/04/2019
Publicação do resultado final do processo seletivo	19/04/2019

O cronograma poderá sofrer alterações a critério da AHMV.

7. DAS INSCRIÇÕES

7.1 Antes de efetuar a inscrição, o candidato deverá conhecer este processo seletivo e certificar-se de que preenche todos os pré-requisitos necessários neste processo seletivo, concordando com os termos exigidos;

7.2 Serão consideradas válidas as inscrições que obedecerem, rigorosamente, o período previsto no cronograma;

7.3 Serão consideradas válidas as inscrições dos candidatos que enviarem, junto ao formulário de inscrição e os seguintes comprovantes:

7.3.1 Link do currículo Lattes atualizado;

7.3.2 Cópia do diploma (frente e verso) do curso superior de Medicina devidamente registrado, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC);

7.3.3 Cópia do título de especialista ou certificado de conclusão (frente e verso) no Programa de Residência Médica (PRM), reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), na especialidade de Medicina Intensiva;

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

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

7.5 As informações do processo seletivo estarão disponíveis através dos links:
<http://iep.hospitalmoinhos.org.br/noticias>.

8. DO PROCESSO SELETIVO

8.1 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.

8.2 Participarão da primeira etapa do processo todos os candidatos que atenderem os pré-requisitos, entregarem o formulário de inscrição e a documentação solicitada no período previsto, conforme cronograma.

8.3 Participarão da segunda etapa (entrevistas) os 20 (vinte) primeiros candidatos que forem selecionados. Dos candidatos selecionados na segunda etapa 20 (vinte) candidatos serão para ocupação das vagas disponíveis no processo e poderão ser chamados conforme a necessidade do projeto, mediante o prazo de validade deste processo seletivo.

8.3.1 Ocorrendo empate entre os candidatos selecionados em último lugar na primeira etapa do processo seletivo, todos os candidatos com a mesma nota serão considerados selecionados para a segunda etapa.

8.3.2 A entrevista ocorrerá por webconferência (por Google Meet, skype ou Hangout) em data divulgada, conforme o cronograma. Esta modalidade de entrevista poderá ser gravada.

8.4 O descumprimento dos prazos estipulados no cronograma para o processo seletivo, a não apresentação de documentos solicitados ou a não realização de qualquer uma das etapas da seleção, implicará na eliminação do candidato.

9. DOS CRITÉRIOS GERAIS DE AVALIAÇÃO E SELEÇÃO

9.1 A seleção dos candidatos será pela soma da pontuação dos resultados de análise do currículo e entrevista, 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

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

Avaliação do Currículo – 6 pontos	
TÓPICOS CURRÍCULO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
<ul style="list-style-type: none"> - Pós-doutorado – 6 pontos - Doutorado – 4 pontos - Mestrado – 3 pontos - Especialização (além da exigida em pré-requisitos) – 1 ponto 	6 pontos

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

Avaliação da Entrevista – 4 pontos	
TÓPICOS ENTREVISTA	PONTUAÇÃO MÁXIMA
<ul style="list-style-type: none"> - 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 2 pontos. - Motivação do candidato em relação ao formato da capacitação e disponibilidade para dinâmica de viagens – até 1,5 pontos. - Fluência verbal e capacidade de organização e coerência de ideias – até 0,5 pontos. 	4 pontos

10. DOS RECURSOS

10.1. 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.

10.2. O recurso deve seguir o modelo de arquivo conforme o Anexo IV e ser enviado por e-mail eletrônico magda.guimaraes@hmv.org.br e silvana.tome@hmv.org.br, de acordo com as datas previstas no cronograma.

10.3. Serão indeferidos os recursos que não observarem a forma e o prazo previsto neste processo seletivo.

10.4 As respostas dos recursos serão enviadas conforme a data prevista no cronograma.

11. DA DIVULGAÇÃO

11.1 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>.

12. DO RESULTADO FINAL DO PROCESSO SELETIVO

12.1. O resultado dos candidatos selecionados será publicado conforme cronograma, no endereço eletrônico:

<http://iep.hospitalmoinhos.org.br/noticias>

12.2. No caso de empate no resultado do processo serão utilizados como critério de desempate nesta ordem:

12.2.1. Maior nota obtida no currículo;

12.2.2. Maior nota obtida na entrevista;

12.2.3. Maior tempo de experiência profissional.

13. DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS E CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO

13.1. São condições para a contratação:

13.1.1. O candidato será selecionado de acordo com os critérios estabelecidos neste processo;

13.1.2. 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;

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

- RG e CPF;
- 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;
- Certificado ou Declaração de Regularidade no Conselho Profissional;
- Inscrição do PIS ou NIT;
- Preencher o formulário de cadastro Pessoa Física conforme Anexo II.

13.3 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);
- Certificado ou Declaração de Regularidade no Conselho Profissional;
- Preencher o formulário de cadastro Pessoa Jurídica conforme Anexo III.

14. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1. 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;

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

14.3. Será excluído do processo seletivo o candidato que:

14.3.1 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;

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

15. DO PRAZO DE VALIDADE DO PROCESSO SELETIVO

15.1 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, 25 de Março de 2019.

Luis Eduardo Ramos Mariath
Gerência de Responsabilidade Social

Anexo I

Formulário de Inscrição

Processo Seletivo Nº 15/2019

DADOS PESSOAIS:

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

DOCUMENTOS NECESSÁRIO

- Link do currículo Lattes atualizado;
- Diploma de curso superior de Medicina devidamente registrado, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC);
- 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;
- Habilitação legal para o exercício da profissão de Médico: Carteira com o número de Registro no Conselho Profissional (CRM).
- Certificado ou Declaração de Regularidade Ética, expedida pelo Conselho Regional de Medicina (CRM).

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

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

Anexo II

Formulário Cadastro de Autônomo

DADOS PESSOAIS:

Nome:	
Data de Nascimento:	RG:
CPF:	PIS:
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:

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA CADASTRO (apresentação de cópia dos documentos)

<input type="checkbox"/> Comprovante de endereço	<input type="checkbox"/> Registro no Conselho Profissional
<input type="checkbox"/> CPF e RG	<input type="checkbox"/> Certidão Regularidade do Conselho
<input type="checkbox"/> Inscrição no ISS (Prefeitura POA)	<input type="checkbox"/> Comprovante de INSS do último mês
<input type="checkbox"/> Sem inscrição no ISS (Prefeitura POA)	<input type="checkbox"/> Diploma Graduação (frente e verso)
<input type="checkbox"/> Inscrição do PIS ou NIT	<input type="checkbox"/> Diploma Maior Titulação (frente e verso)
<input type="checkbox"/> Dados bancários (cheque, cabeçalho do extrato...)	<input type="checkbox"/> Centro de Custo: _____

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

Anexo IV

Formulário de Recurso

PROCESSO SELETIVO 15/2019

FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO

Nome Completo:
Número do Documento de Identidade:
Endereço Completo:
Telefones:
E-mail:

Questionamento:

_____, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do(a) Candidato(a)

O recurso deverá ser assinado e escaneado em resolução adequada para leitura digital. Será aceito somente recurso enviado para o e-mail: magda.guimaraes@hmv.org.br e Silvana.tome@hmv.org.br até a data final do prazo estipulado no cronograma do processo seletivo, e necessário que contenha todos os campos preenchidos de forma adequada.