



## CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 01/2020 Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19

O Prefeito Municipal de Patos de Minas **TORNA PÚBLICO** que estará aberto o Chamamento Público Emergencial nº 01/2020, a partir das 08h00min (conforme horário de Brasília) do dia 24 de abril de 2020 até as 17h00min (conforme horário de Brasília) do dia 27 de abril de 2020, por meio do recebimento de inscrições conforme estabelecido no teor deste Chamamento, para desempenho de atividades funcionais na Secretaria Municipal de Saúde estabelecido no **Quadro de Vagas, Anexo II**.

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, art. 2 da Lei Complementar nº 461/2014, por tempo determinado de até 90 (noventa) dias, para prestação de serviços técnicos especializados na área de saúde, podendo ser renovado de acordo com as necessidades da situação emergencial gerada pela Epidemia COVID-19.

2. Somente serão considerados aptos a participarem desta seleção, os candidatos que apresentarem como **PRÉ-REQUISITO**:

2.1 para a função de **Enfermeiro**: conclusão do curso de graduação de nível superior em **Enfermagem**, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, concluído em instituição de ensino reconhecido pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais ou municipais de ensino, e pelo MEC, e registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais. Especialização em Medicina. **Especialização em Terapia Intensiva**, reconhecido pelo Ministério da Educação.

2.2 para a função de **Técnico em Enfermagem**: conclusão de curso de educação profissional, de nível médio, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional,



correspondente à área de **Técnico em Enfermagem**, concluído em instituição de ensino reconhecido pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais ou municipais de ensino, e pelo MEC, e registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais.

**2.3** para a função de **Técnico de Farmácia**: conclusão de curso de educação profissional, de nível médio, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, correspondente à área de **Técnico de Farmácia**, concluído em instituição de ensino reconhecido pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais ou municipais de ensino, e pelo MEC, e registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais.

**2.4** para a função de **Farmacêutico**: conclusão de curso de graduação de nível superior em **Farmacêutico**, que tenha Certificado de Conclusão da Pós-graduação em Fisioterapia Respiratória ou Residência que comprove a especialização, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, concluído em instituição de ensino reconhecido pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais ou municipais de ensino, e pelo MEC, e registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais.

**2.5** para a função de **Fisioterapeuta**: conclusão de curso de graduação de nível superior em **Fisioterapia**, que tenha Certificado de Conclusão da Pós-graduação em Fisioterapia Respiratória ou Terapia Intensiva ou Residência que comprove uma das especializações, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, concluído em instituição de ensino reconhecido pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais ou municipais de ensino, e pelo MEC, e registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais.

**2.6** **Os candidatos que não apresentarem os comprovantes relativos ao pré-requisitos serão automaticamente excluídos do processo.**

**3.** Além dos pré-requisitos, os candidatos deverão enviar o currículo padrão, de acordo com a função para a qual está concorrendo, constante no **Anexo I**, bem como, **todos** os comprovantes relativos às informações prestadas pelo candidato, no ato do preenchimento do currículo.



4. Os candidatos que não apresentarem o currículo padrão constante no **Anexo I**, devidamente preenchido, conforme estabelecido no **item 4**, serão **automaticamente excluídos** do processo.

5. Para se candidatar às vagas disponibilizadas, os interessados deverão preencher o Currículo Padrão (Anexo I), e enviá-lo juntamente com cópia scaneada das documentações que comprovem as informações curriculares, para o e-mail: [saude.chamamento@patosdeminas.mg.gov.br](mailto:saude.chamamento@patosdeminas.mg.gov.br) a partir das **08h00min do dia 24 de abril de 2020** até às **17h00min do dia 27 de abril 2020** (horário de Brasília).

5.1 . Documentações enviadas após os dias e horários estabelecidos no item 5 não serão aceitas;

5.2 . Após o envio do currículo e das documentações comprobatórias, o candidato receberá uma mensagem eletrônica de confirmação de inscrição;

5.3 . Caso o candidato envie currículo e documentação para o e-mail informado e não receba a mensagem eletrônica de confirmação de inscrição, devera o mesmo ligar para (34) 3822 -9898 e checar o ocorrido, sob pena de não ter sua inscrição efetuada.

6. O quadro de vagas ofertadas e o vencimento básico por cargo estão disponíveis no **Anexo II** deste chamamento.

7. Os critérios de classificação e desempate estão estabelecidos no **Anexo III** deste chamamento.

## 8. DO EXAME MÉDICO PRÉ- ADMISSIONAL

8.1 . O selecionado convocado para assinatura de Contrato Administrativo deverá apresentar a Auto Declaração constante no **Anexo IV**, sendo assim dispensado o Atestado Admissional, devido a emergência de saúde pública decorrente do COVID-19 em Patos de Minas.

8.2 . Os candidatos selecionados deverão apresentar para fins de **assinatura e**



celebração do Contrato Administrativo, **obrigatoriamente**, por meio de cópia scaneada, encaminhadas pelo e-mail: [sauce.pessoal@patosdeminas.mg.gov.br](mailto:saude.pessoal@patosdeminas.mg.gov.br) os seguintes documentos:

- a) 1 Foto 3X4 (colorida);
- b) Conta Banco Santander– C.C/Salário (CPF/CI/Comp.End.);
- c) Comprovante de endereço atualizado;
- d) Carteira de Identidade(RG);
- e) CPF;
- f) Título de Eleitor;
- g) PIS, PASEP ;
- h) Certificado de Reservista/Quit. Obrig Militar (sexo masculino);
- i) Registro Conselho da Categoria (se for o caso);
- j) Certidão de nascimento (se solteiro) ;
- k) Certidão de casamento e CPF do cônjuge;
- l) Certidão de Nasc.e CPF de filhos dependentes;
- m) Comprovante de Escolaridade – Original e Cópia;
- n) Certidão de Antecedentes Criminais e Certidão de Ação Civil-Site TJMG>Processos>Certidão Judicial Negativa>Link de acesso ao Sistema de Emissão de Certidão Judicial Negativa Cível – (SOMENTE A CERTIDÃO DO SITE, NÃO É VALIDA A EMITIDA PELA POLICIA CIVIL);
- o) (Certidão de Antecedentes Criminais e Certidão de Ação Criminal-ite TJMG>Processos>Certidão Judicial Negativa>Link de acesso ao Sistema de Emissão de Certidão Judicial Negativa Criminal – (SOMENTE A CERTIDÃO DO SITE, NÃO É VALIDA A EMITIDA PELA POLICIA CIVIL);
- p) Certidão de quitação com as obrigações eleitorais -Site TRE/ MG;
- q) Comprovante de Regularidade do CPF - Site Receita Federal;
- r) CNIS – O extrato, com todo o demonstrativo das contribuições previdenciárias -Site do INSS.

**9.** Não serão contratados os profissionais que se enquadrem nas situações abaixo elencadas, nos termos do artigo 4º do Decreto nº 4.801, de 31 de março de 2020, por motivo de configurarem grupo de risco:

**9.1** - possuidor de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos

**9.2** - cardiopatas graves ou descompensados (insuficiência cardíaca, infartados revascularizados, portadores de arritmias);

**9.3** - pneumopatas graves ou descompensados ( dependentes de oxigênio, portadores de asma moderada/grave, DPOC);

**9.4** - Imunodeprimidos;

**9.5** - doenças renais crônicas em estágio avançado (3,4 e 5);

**9.6** - diabéticos, conforme juízo clínico;



9.7 - gestantes de alto risco;

9.8 - quanto as lactantes, somente aquelas em aleitamento exclusivo de até seis meses de idade da criança.

10. As exigências previstas no item 9 se fazem necessárias devido ao momento vivenciado por causa da pandemia ocasionada pelo COVID-19 e a Situação de Emergência, no qual os profissionais contratados deverão trabalhar em regime exclusivamente presencial, por se tratar de área finalística e de natureza médico-hospitalar.

10.1. Estará impedido de assinar o contrato, e automaticamente desclassificado, o selecionado que **deixar de apresentar** qualquer um dos documentos elencados nos itens 8.2 deste **Chamamento Público**.

#### 11. Das disposições finais:

a. é de inteira e exclusiva responsabilidade do inscrito para este chamamento público, acompanhar todas as publicações e convocações deste certame, as quais serão divulgadas **exclusivamente na página eletrônica da Prefeitura de Patos de Minas** – [www.patosdeminas.mg.gov.br](http://www.patosdeminas.mg.gov.br) – Chamamento Público Emergencial nº 01/2020 – Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19;

b. o resultado da classificação no Chamamento Público Emergencial nº 01/2020 – Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19, será divulgado **exclusivamente na página eletrônica da Prefeitura de Patos de Minas** – [www.patosdeminas.mg.gov.br](http://www.patosdeminas.mg.gov.br), link: Chamamento Público Emergencial nº 01/2020, em 29 de abril de 2020, a partir das 17h00m;

c. o selecionado deverá assumir suas atividades funcionais, em local estabelecido pela Secretaria de Saúde, em **1 (um) dia, imediatamente após a assinatura do Contrato Administrativo**, sem possibilidade de prorrogação do prazo;

d. a contratação decorrente deste Certame terá duração pelo tempo determinado de até 90 (noventa) dias, para prestação de serviços técnicos especializados na área de saúde, podendo ser renovado de acordo com as necessidades da situação emergencial gerada pela Epidemia COVID-19, conforme inciso II, art. 2º da Lei Complementar nº461/2014;

e. na hipótese de extinção da causa justificadora da contratação durante a vigência do contrato, este será rescindido nos termos previstos no art. 12, da Lei Complementar nº 461/2014.



12. Os candidatos aprovados no Processo Seletivo 004/2018, para os cargos de Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e Fisioterapeuta poderão ser convocados para assumirem contrato temporário, para atender a Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19, as convocações serão realizadas **por meio de telefone, obedecendo rigorosamente à ordem de classificação.**

Patos de Minas-MG, 23 de abril de 2020.

**José Eustáquio Rodrigues Alves**  
**Prefeito de Patos de Minas**

**Denise Maria da Fonseca**  
**Secretária Municipal de Saúde**

**Milton Romero da Rocha Sousa**  
**Secretário Municipal de Administração**

**Jadir Souto Ferreira**  
**Procurador Geral do Município**



ANEXO I  
CURRÍCULO PADRÃO

1 – Cargo Enfermeiro:

**CURRICULO PADRÃO**

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

**FORMAÇÃO ACADÊMICA**

➤ Curso de Graduação em ENFERMAGEM concluído na seguinte Instituição de Ensino:

➤ Data de conclusão do curso:

**CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO / ESPECIALIZAÇÃO**

➤ 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:



Prefeitura de  
Patos de Minas

Secretaria Municipal de  
**Saúde**

- **Empresa:**
- **Ramo de Atividade:**
- **Período:** / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- **Função:**
- **Atividades Desempenhadas:**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2020

\_\_\_\_\_ (assinatura do(a) candidato(a))

**IMPORTANTE:**

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





## 2. Técnico de Enfermagem:

### **CURRICULO PADRÃO**

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

### **FORMAÇÃO ACADÊMICA**

- Curso de educação profissional, de nível médio, correspondente à área de **Técnico em Enfermagem** 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:

- Empresa:
- Ramo de Atividade:



Prefeitura de  
Patos de Minas

Secretaria Municipal de  
**Saúde**

- Período: /\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

\_\_\_\_\_  
(assinatura do(a) candidato(a))

**IMPORTANTE:**

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



### **3. Fisioterapeuta:**

#### **CURRICULO PADRÃO**

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

#### **FORMAÇÃO ACADEMICA**

curso de Graduação em FISIOTERAPIA concluído na seguinte Instituição de Ensino:

Data de conclusão do curso:

#### **CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO /ESPECIALIZAÇÃO**

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:

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2020 \_\_\_\_\_  
(assinatura do(a) candidato(a))

**IMPORTANTE:**

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



**4. Técnico em Farmácia:**

**CURRICULO PADRÃO**

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

**FORMAÇÃO ACADÊMICA**

➤ Curso de educação profissional, de nível médio, correspondente à área de Técnico em Enfermagem 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:

➤ Empresa:

➤ Ramo de Atividade:

➤ Período:   /  /   a   /  /



**Prefeitura de  
Patos de Minas**

Secretaria Municipal de  
**Saúde**

- **Função:**
- **Atividades Desempenhadas:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

\_\_\_\_\_ (assinatura do(a) candidato(a))

**IMPORTANTE:**

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



**5- Farmacêutico:**

**CURRÍCULO PADRÃO**

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

**FORMAÇÃO ACADEMICA**

curso de Graduação em FARMACÊUTICO concluído na seguinte Instituição de Ensino:

Data de conclusão do curso:

**CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO /ESPECIALIZAÇÃO**

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:

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2020

\_\_\_\_\_  
(assinatura do(a) candidato(a))

**IMPORTANTE:**

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





ANEXO II

QUADRO DE VAGAS E VENCIMENTO BÁSICO POR CARGO

<i>Cargo</i>	<i>Carga horária</i>	<i>Quantidade de Vagas</i>	<i>Vencimento</i>
<i>Enfermeiro</i>	<i>30 horas semanais Plantões 12/60</i>	<b>1</b>	<b>R\$ 3.744,29</b>
<i>Farmacêutico</i>	<i>30 horas semanais Plantões 12/60</i>	<b>4</b>	<b>R\$ 3.744,29</b>
<i>Fisioterapeuta</i>	<i>30 horas semanais Plantões 12/60</i>	<b>2</b>	<b>R\$ 3.744,29</b>
<i>Técnico de Enfermagem</i>	<i>30 horas semanais Plantões 12/60</i>	<b>16</b>	<b>R\$1.367,77</b>
<i>Técnico de Farmácia</i>	<i>30 horas semanais Plantões 12/60</i>	<b>6</b>	<b>R\$1.367,77</b>

- Além do Vencimento Básico de cada cargo, farão jus ao adicional de Insalubridade, vantagem pecuniária no valor de R\$125,51 e Vale Alimentação no valor de R\$530,00.



ANEXO III

QUADRO DE DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS

1-ENFERMEIRO:

<b>PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO NO ATENDIMENTO DE PACIENTES NO ÂMBITO HOSPITALAR</b>	<b>PONTOS</b>
*Curso com carga horária maior do que 09 horas até 20 horas.	1
*Curso com carga horária acima de 20 horas até 50 horas	2
*Curso com carga horária acima de 50 horas	3
<b>ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA INTENSIVA, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA- Certificado de conclusão de curso de pós-graduação em nível de especialização lato sensu, com carga horária mínima de 360 horas, reconhecido pelo Ministério da Educação, na função pleiteada.</b>	9
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>15</b>

\* Somente serão pontuados os certificados emitidos nos últimos 05(cinco) anos, contados da data da entrega dos documentos na etapa de análise curricular.

<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIENCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 05 ANOS</b>	<b>Pontuação atribuída a ciclo de um ano completo de exercício sem sobreposição de tempo.</b>	
	<b>ANO(S)</b>	<b>PONTOS</b>
Experiência de Exercício Enfermeiro Clínica Médica, Cuidados Intensivos e Urgência e Emergência.	1	25
	2	40
	3	55
	4	70
	5	85
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>85</b>	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA</b>	<b>100</b>	



**2- TÉCNICO DE ENFERMAGEM :**

<b>PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO NO ATENDIMENTO DE PACIENTES</b>	<b>PONTOS</b>
*Curso com carga horária até 08 horas	<b>1</b>
*Curso com carga horária maior do que 09 horas até 20 horas.	<b>5</b>
*Curso com carga horária acima de 20 horas	<b>9</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>15</b>

\* Somente serão pontuados os certificados emitidos nos últimos 05(cinco) anos, contados da data da entrega dos documentos na etapa de análise curricular.

<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 05 ANOS</b>	<b>Pontuação atribuída a ciclo de um ano completo de exercício sem sobreposição de tempo.</b>	
<b>Experiência de Exercício como Técnico de Enfermagem em Clínica Médica, Cuidados Intensivos e Urgência e Emergência.</b>	<b>ANO(S)</b>	<b>PONTOS</b>
	<b>1</b>	<b>25</b>
	<b>2</b>	<b>40</b>
	<b>3</b>	<b>55</b>
	<b>4</b>	<b>70</b>
	<b>5</b>	<b>85</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>85</b>	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA</b>	<b>100</b>	



**3- FISIOTERAPEUTA:**

<b>PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO PRESENCIAL NO ATENDIMENTO DE PACIENTES NO ÂMBITO HOSPITALAR</b>	<b>PONTOS</b>
*Curso com carga horária maior do que 09horas até 20 horas.	2
*Curso com carga horária acima de 20 horas até 50 horas	3
*Curso com carga horária acima de 50 horas	5
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>10</b>

\* Somente serão pontuados os certificados emitidos nos últimos 05(cinco) anos, contados da data da entrega dos documentos na etapa de análise curricular.

<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIENCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 05 ANOS</b>	<b>Pontuação atribuída a ciclo de um ano completo de exercício sem sobreposição de tempo.</b>	
	<b>ANO(S)</b>	<b>PONTOS</b>
<b>Experiência de Exercício Fisioterapeuta Respiratório em Cuidados Intensivos e Urgência e Emergência.</b>	1	25
	2	40
	3	60
	4	70
	5	90
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>90</b>	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA</b>	<b>100</b>	



**4- FARMACÊUTICO:**

<b>PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO NO ATENDIMENTO DE PACIENTES NO ÂMBITO HOSPITALAR</b>	<b>PONTOS</b>
*Curso com carga horária maior do que 09 horas até 20 horas.	1
*Curso com carga horária acima de 20 horas até 50 horas	2
*Curso com carga horária acima de 50 horas	3
<b>ESPECIALIZAÇÃO</b> - Certificado de conclusão de curso de pós-graduação em nível de especialização lato sensu, com carga horária mínima de 360 horas, reconhecido pelo Ministério da Educação, na função pleiteada.	9
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>15</b>

\* Somente serão pontuados os certificados emitidos nos últimos 05(cinco) anos, contados da data da entrega dos documentos na etapa de análise curricular.

<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 05 ANOS</b>	<b>Pontuação atribuída a ciclo de um ano completo de exercício sem sobreposição de tempo.</b>	
<b>Experiência de Exercício de Farmacêutico em ambientes hospitalares privados.</b>	<b>ANO(S)</b>	<b>PONTOS</b>
	1	25
	2	40
	3	55
	4	70
	5	85
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>85</b>	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA</b>	<b>100</b>	



**5- TÉCNICO DE FARMACIA**

<b>PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO NO ATENDIMENTO DE PACIENTES</b>	<b>PONTOS</b>
*Curso com carga horária até 08 horas	<b>1</b>
*Curso com carga horária maior do que 09 horas até 20 horas.	<b>5</b>
*Curso com carga horária acima de 20 horas	<b>9</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>15</b>

\* Somente serão pontuados os certificados emitidos nos últimos 05(cinco) anos, contados da data da entrega dos documentos na etapa de análise curricular.

<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 05 ANOS</b>	<b>Pontuação atribuída a ciclo de um ano completo de exercício sem sobreposição de tempo.</b>	
<b>Experiência de Exercício como Técnico de Farmácia em ambientes hospitalares privados.</b>	<b>ANO(S)</b>	<b>PONTOS</b>
	<b>1</b>	<b>25</b>
	<b>2</b>	<b>40</b>
	<b>3</b>	<b>55</b>
	<b>4</b>	<b>70</b>
	<b>5</b>	<b>85</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>85</b>	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA</b>	<b>100</b>	

	<b>3</b>	<b>55</b>
	<b>4</b>	<b>70</b>
	<b>5</b>	<b>85</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>85</b>	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA</b>	<b>100</b>	



ANEXO IV:

**AUTO DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG n°/órgão expedidor \_\_\_\_\_ e do CPF n° \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, residente e domiciliado à Rua/AV: \_\_\_\_\_, N° \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, município de \_\_\_\_\_, candidato ao cargo de \_\_\_\_\_, declaro estar em pleno gozo de minha saúde física e mental para exercer as funções inerentes ao cargo.

Atestado de Saúde Ocupacional dispensado em função da necessidade de enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do Coronavírus no município de Patos de Minas.

Patos de Minas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

\_\_\_\_\_  
Assinatura