

EDITAL DE MATRÍCULA REFERENTE AO PROCESSO SELETIVO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* / TREINAMENTO EM SERVIÇO 2019

O Instituto Agos, instituição mantida pela Fundação Educacional Lucas Machado (FELUMA), convoca os candidatos aprovados no processo seletivo de Pós-graduação *Lato Sensu* / Treinamento em Serviço da *Fundação Hospitalar São Francisco de Assis, Hospital Belo Horizonte, Hospital Felício Rocho, Hospital Infantil São Camilo, Hospital Lifecenter, Hospital Santa Mônica, Hospital Santa Rita, Hospital Socor, Hospital Sofia Feldman, Hospital Universitário Ciências Médicas-MG, Hospital Vera Cruz, Hospital Vila da Serra, Hospital Keralty (antigo Hospital Vitallis Barreiro), IMEDE – Instituto Mineiro de Ultrassonografia Ltda. e da Rede Mater Dei de Saúde*, conforme resultado divulgado no site concursos.institutoagos.com.br, a requererem matrícula de acordo com as orientações a seguir:

1. PROCEDIMENTOS PARA MATRÍCULA

- 1.1. A matrícula será realizada exclusivamente pela internet, a partir das 9 h do dia 14/01/2019 até as 17 h do dia 15/01/2019, por meio do Portal do Candidato, disponibilizado no sítio eletrônico concursos.institutoagos.com.br.
- 1.2. O candidato aprovado deverá enviar a documentação exigida no item 1.3 deste Edital, conforme prazo especificado no item 1.1 deste Edital e orientações a seguir:
 - 1.2.1. O candidato aprovado deverá selecionar a instituição/curso no qual deseja ser matriculado. Caso tenha sido aprovado em mais de uma instituição/curso, deverá manifestar, na mesma oportunidade, sua desistência em relação às demais aprovações no presente processo seletivo.
 - 1.2.2. A manifestação de desistência do candidato mencionada no item 1.2.1 deverá ser realizada por meio da seleção da opção “*Concordo*” no “*Termo de Desistência*” que será aberto na tela do computador após a seleção da instituição/curso desejado pelo candidato.
- 1.3. O candidato deverá realizar o envio eletrônico de cópias autenticadas em cartório dos seguintes documentos:
 - 1.3.1. Cédula de Identidade;
 - 1.3.2. CPF;
 - 1.3.3. Comprovante de endereço;
 - 1.3.4. Comprovante de estar em dia com o Serviço Militar;
 - 1.3.5. Comprovante de inscrição única ou suplementar no Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais/Fisioterapia de Minas Gerais;
 - 1.3.6. Diploma de médico/fisioterapeuta ou declaração, caso não tenha o diploma, que o candidato concluiu o curso de medicina/fisioterapia até 31/12/18, procedente de instituição de ensino autorizada pelo MEC;
 - 1.3.7. Comprovante de conclusão do programa exigido como pré-requisito (neste documento deverá constar a data do início e término do programa);
 - 1.3.8. 1 (uma) foto 3x4 recente;

- 1.3.9. Em se tratando de candidatos estrangeiros ou candidatos brasileiros formados por faculdades estrangeiras, deverá ser entregue o diploma revalidado por Universidade pública brasileira, conforme Resolução CNE nº 1, de 28/01/02 e, visto permanente ou de estudantes no país para os candidatos estrangeiros.
- 1.3.10. O candidato que já possuir, no ato da matrícula, a Cédula de Identidade de Médico do CRM-MG/CREFITO estará dispensado de apresentar original e cópia da Cédula de Identidade e CPF.
- 1.3.11. Histórico Escolar do curso de graduação (exclusivo para o Hospital Belo Horizonte);
- 1.3.12. Curriculum Vitae (exclusivo para o Hospital Belo Horizonte);
- 1.3.13. Cópia do cartão de vacina atualizado de Difteria, Hepatite B e Tétano (exclusivo para o Hospital Belo Horizonte, Hospital Lifecenter e Hospital Vila da Serra);
- 1.3.14. Comprovante de inscrição no PIS/PASEP (exclusivo para o Hospital Belo Horizonte);
- 1.3.15. Carteira de Trabalho (exclusivo para o Hospital Vila da Serra);
- 1.3.16. Certidão de Nascimento ou de Casamento (exclusivo para o Hospital Vila da Serra);
- 1.3.17. Título de Eleitor e comprovante de votação da última eleição (exclusivo para o Hospital Vila da Serra).
- 1.3.18. Ficha cadastral constante do Anexo 01 (exclusivo para o Hospital Vera Cruz)
- 1.3.19. Ficha cadastral constante do Anexo 02 (exclusivo para o Felício Rocho)
- 1.3.20. Termo de confidencialidade constante do Anexo 03 (exclusivo para o Hospital Vera Cruz).
- 1.4. Os documentos deverão ser anexados em formato PDF, sendo aceito apenas um arquivo para cada subitem do item 1.3 deste Edital.
- 1.5. Após a anexação dos documentos, o candidato deverá clicar em "*enviar documentação*".
 - 1.5.1. É de responsabilidade exclusiva do candidato a realização do envio da documentação conforme disposto no item 1.4, dentro do prazo fixado no item 1.1, não se responsabilizando o Instituto Agos caso o procedimento não seja corretamente realizado.
 - 1.5.2. Após o envio da documentação conforme disposto no item 1.4, não será permitido ao candidato acrescentar ou alterar qualquer documento, mesmo que ainda esteja aberto o prazo de matrícula.
- 1.6. Será eliminado o candidato que deixar de apresentar qualquer documentação exigida neste Edital ou que apresentá-la fora do prazo estabelecido no item 1.1.
- 1.7. Até o dia 18/01/2019, o candidato receberá um e-mail informando a respeito da validação dos documentos enviados e, estando validados, deverá proceder de acordo com as seguintes instruções:
 - 1.7.1. Na matrícula para a Fundação Hospitalar São Francisco de Assis, Hospital Belo Horizonte, Hospital Felício Rocho, Hospital Infantil São Camilo, Hospital Lifecenter, Hospital Santa Mônica, Hospital Santa Rita, Hospital Socor, Hospital Sofia Feldman, Hospital Universitário Ciências Médicas-MG, Hospital Vila da Serra, Hospital Keralty (antigo Hospital Vitallis Barreiro) e Rede Mater Dei de Saúde, o candidato deverá acessar o link disponibilizado no e-mail enviado e realizar a assinatura eletrônica do Contrato de Prestação de Serviços Educacionais com a Pós-graduação Ciências Médicas-MG (PGCM), bem como realizar o pagamento do boleto bancário referente à primeira mensalidade.
 - 1.7.1.1. O procedimento indicado no item 1.7.1 deverá ser realizado até as 17 h do dia 22/01/2019.

- 1.7.1.2. Caso o candidato não realize a assinatura eletrônica do Contrato de Prestação de Serviços Educacionais com a Pós-graduação Ciências Médicas-MG (PGCM) dentro do prazo estabelecido no item 1.7.1 e/ou não efetue o pagamento do boleto bancário referente à primeira mensalidade do curso, a matrícula não será considerada efetivada, perdendo o candidato o direito a vaga.
- 1.7.1.3. O valor mensal de cada especialidade para o ano de 2019 será de R\$604,00 (seiscentos e quatro reais).
- 1.7.2. Na matrícula para o IMEDE – Instituto Mineiro de Ultrassonografia Ltda, o especializando celebrará o Contrato de Prestação de Serviços diretamente com o IMEDE – Instituto Mineiro de Ultrassonografia Ltda, situado na Avenida Amazonas, nº 1744, bairro barro Preto, Belo Horizonte/MG, no dia 23/01/19, no horário de 8h às 11h e de 14h às 16h.
 - 1.7.2.1. O valor do curso de Pós-graduação Lato Sensu / Treinamento em Serviço do IMEDE é de R\$39.000,00 (trinta e nove mil reais) à vista para o programa de 1 (um) ano e poderá ser pago em até 24 vezes (parcelas mensais e consecutivas) com juros, sendo, as datas de vencimento e demais condições definidas no contrato a ser celebrado entre o especializando e o IMEDE – Instituto Mineiro de Ultrassonografia Ltda.
- 1.7.3. Na matrícula para o Hospital Vera Cruz, o especializando celebrará o Contrato de Prestação de Serviços diretamente com o Hospital Vera Cruz para o curso de Pós-graduação Lato Sensu / Treinamento em Serviço para o qual foi aprovado, no dia e horário que serão fixados oportunamente pela instituição hospitalar.
 - 1.7.3.1. Os candidatos que se matricularem no Hospital Ver Cruz serão submetidos à exames, que serão realizados no SESMT do Hospital Vera Cruz, na Rua Timbiras 3156, 9º andar, de acordo com as disposições a seguir:
 - 1.7.3.1.1. Exame de Sangue. Nos dias 16, 17 e 18 de janeiro de 2019. Horários disponíveis: de 07:00 h às 09:00 h ou de 14:00 às 16:00 h. O candidato poderá escolher o dia e horário que lhe forem mais convenientes.
 - 1.7.3.1.2. Exame Clínico. Nos dias e horários dispostos abaixo:
 - 1.7.3.1.2.1. Os especializando em Ortopedia; Traumatologia e Nefrologia deverão realizar o exame clínico no dia 21 de janeiro de 2019, às 10:30h;
 - 1.7.3.1.2.2. Os especializando em Neurologia e Clínica Médica deverão realizar o exame clínico no dia 22 de janeiro de 2019, às 14:00 h;
 - 1.7.3.1.2.3. Os especializando em Cardiologia deverão realizar o exame clínico no dia 23 de janeiro de 2019, às 15:00 h;
 - 1.7.3.1.2.4. Os especializando em Cirurgia Cardiovascular e Endocrinologia deverão realizar o exame clínico no dia 24 de janeiro de 2019, às 10:00 h.
 - 1.7.3.2. Na ocasião da realização dos exames mencionados no item 1.7.3.1, os candidatos deverão apresentar cartão de vacina (original e cópia) constando o registro das seguintes vacinas: febre amarela, tétano, difteria, hepatite B, duas doses da triviral.

- 1.7.3.3. O não cumprimento do disposto no item 1.7.3.2 inviabilizará a realização dos exames pelo candidato.
- 1.7.4. O Hospital Sofia Feldman concederá bolsa de estudos no valor mensal de R\$9.330,43 (nove mil, trezentos e trinta reais e quarenta e três centavos) ao especializando matriculado cuja opção seja por dedicação exclusiva ao programa. O candidato que fizer tal opção, deverá comparecer na secretaria da Linha de Ensino e Pesquisa do Hospital Sofia Feldman, no dia 25/02/19, no horário de 8h às 16h, portando cópia dos documentos relacionados no item 1.2 deste Edital, para assinatura do contrato referente a dedicação exclusiva e ao recebimento da bolsa, devendo cumprir também o item 1.7.1 deste Edital.
- 1.8. Em caso de desistência em qualquer dos Programas, não serão devolvidas as mensalidades já pagas.
- 1.9. A cada ano haverá a rematrícula. Caso seja constatada alguma pendência didático-pedagógica ou financeira, poderá haver comprometimento quanto à continuação do Programa.
- 1.10. Não será admitida, em hipótese alguma, matrícula sob condição de posterior atendimento das exigências previstas neste Edital de Matrícula.

2. CHAMADA DE EXCEDENTES

- 2.1. A partir do dia 25/01/2019, periodicamente às 16h, em caso de desistências, será disponibilizada, no sítio eletrônico concursos.institutoagos.com.br, para cada especialidade/hospital, a relação dos candidatos excedentes convocados, por ordem de classificação.
- 2.1.1. O prazo para a efetivação da matrícula será divulgado juntamente com a referida convocação e o candidato deverá observar os procedimentos descritos neste Edital de Matrícula.
- 2.1.2. Decorrido o prazo divulgado, os candidatos que não se matricularem serão considerados desistentes.
- 2.1.3. O período máximo para a convocação dos candidatos excedentes será de 60 (sessenta) dias após o início do programa.
- 2.2. Esgotados os candidatos classificados de um programa e permanecendo vagas em aberto, poderão ser divulgados Editais, mediante interesse do hospital, para nova opção dos candidatos classificados de outros programas que tenham realizado o mesmo tipo de prova e não estejam matriculados em nenhuma outra especialidade deste processo seletivo.

Belo Horizonte, 11 de janeiro de 2019.

DR. JOSÉ MARIA BORGES
Presidente em exercício da FELUMA

ANA CAROLINA DA CUNHA LIMA GIULIANETTI
Diretora Geral do Instituto Agos



ANEXO I
CADASTRO RESIDENTE

Recebido pelo cadastro médico em: ____/____/____

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA CADASTRO

(Os documentos abaixo deverão ser enviados juntamente com esta ficha preenchida em um único arquivo)

- () Currículo
- () Diploma
- () Cartão de Vacina Atualizado
- () Carteira CRM
- () Aso (exame admissional) ligar para Sesmt para agendamento (32901285)
- () Anuidade CRM
- () 02 Foto 3x4 com fundo branco (Atuais)
- () Certidão Negativa Cível e Criminal (Acessar : www.pc.mg.gov.br)

Código MV: _____ (preenchimento cadastro médico)

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ RG: _____ Órgão Exp.: _____ Data

Exp.: ____/____/____ Naturalidade: _____

Estado Civil: _____ CPF: _____

NºCRM: _____ Conselho: _____

Endereço Residencial: _____ Nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____ UF: _____

Telefone fixo: _____ - _____ - _____ Telefone Celular: _____ - _____ - _____

E-mail: _____

Data: ____/____/____

Data de Admissão: ____/____/____ Vínculo: _____

Residente

Médico Responsável

ANEXO II
FICHA DE MATRÍCULA - ESPECIALIZANDO

Este documento deve ser preenchido corretamente e com letra legível

Nome completo: _____

Especialidade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

CPF: _____ CRM : _____

Identidade: _____ Órgão emissor: _____

Data de Início (da especialização): ____/____/____

Data de Término (da especialização): ____/____/____

Endereço (importante para contato):

Rua, Av.: _____ nº.: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade _____ UF: _____

CEP: _____ Telefone: (____) _____ / WPP (____) _____

E-mail: _____ Tamanho do Jaleco: _____

Dados Sobre a Graduação:

Universidade / Faculdade _____

Cidade: _____ Estado: _____ Ano de conclusão: _____

Orientações:

- O Especializando deverá comparecer à Medicina do Trabalho para uma consulta médica, tão logo inicie o curso.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____

Assinatura

Código MV

ANEXO III

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E RESPEITO À PRIVACIDADE

Eu,, matrícula, me obrigo a respeitar integralmente a normas contidas no Código de Ética dos Médicos e as regras internas do Hospital Vera Cruz, declarando que não divulgarei em nenhuma hipótese qualquer informação obtida em decorrência do exercício das minhas atividades. Da mesma forma irei me abster de divulgar ou compartilhar qualquer imagem feita nas dependências do Hospital Vera Cruz, seja para qual finalidade for.

Também me comprometo a não utilizar ou divulgar qualquer fato ou caso que tenha ocorrido no Hospital ou envolva qualquer paciente, funcionário ou pessoa relacionada com o Hospital, e que eu tenha acesso ou conhecimento em decorrência do meu exercício profissional ou venha a ter conhecimento através de terceiros.

Declaro ainda que utilizarei as informações contidas nos prontuários sobre os pacientes única e exclusivamente para o exercício de minhas atividades, e não as comunicarei a outras pessoas, nem em corredores ou locais públicos. É do meu saber que o paciente pode consultar seu próprio prontuário.

Sei que qualquer violação do presente termo significa também uma violação dos preceitos éticos relativos à minha profissão, e também pode representar uma violação à direitos de personalidade das pessoas envolvidas nas minhas atividades no Hospital Vera Cruz, podendo significar um desrespeito à privacidade delas.

Belo Horizonte, ____/____/____

Assinatura: _____