

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO À MATRÍCULA**  
**VAGAS REMANESCENTES**

**PROCESSO SELETIVO DE**  
**PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU / TREINAMENTO EM SERVIÇO 2019**

O Instituto Agos, instituição mantida pela Fundação Educacional Lucas Machado (FELUMA), diante das vagas remanescentes para as especialidades e hospitais relacionados no Anexo 01 deste Edital, comunica a reabertura do período de matrícula para os candidatos aprovados e excedentes não matriculados em suas respectivas especialidades/hospitais de aprovação e convocação, no processo seletivo de Pós-graduação *Lato Sensu* / Treinamento em Serviço 2019.

Todos os candidatos aprovados e excedentes que não efetivaram à matrícula nos prazos estipulados em convocações anteriores e que tenham interesse em realizá-la neste Edital, deverão encaminhar a solicitação de matrícula, **exclusivamente**, por meio do e-mail [institutoagos@feluma.org.br](mailto:institutoagos@feluma.org.br), seguindo as orientações e prazos abaixo:

**1. Período para matrícula:**

<b>Período para envio dos documentos no e-mail</b> <a href="mailto:institutoagos@feluma.org.br">institutoagos@feluma.org.br</a>	De 12 a 14/02/19
<b>Recebimento do e-mail referente à validação dos documentos pelo Instituto Agos</b>	18/02/19
<b>Assinatura do contrato de prestação de serviço e pagamento do boleto da 1ª mensalidade</b>	20/02/19

**2. Documentação para matrícula:**

**2.1.** No prazo estipulado, o candidato deverá realizar o envio eletrônico de cópias **autenticadas em cartório** dos seguintes documentos:

- 2.1.1.** Cédula de Identidade;
- 2.1.2.** CPF;
- 2.1.3.** Comprovante de endereço;
- 2.1.4.** Comprovante de estar em dia com o Serviço Militar;
- 2.1.5.** Comprovante de inscrição única ou suplementar no Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais/Fisioterapia de Minas Gerais;
- 2.1.6.** 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;
- 2.1.7.** Comprovante de conclusão do programa exigido como pré-requisito (neste documento deverá constar a data do início e término do programa);
- 2.1.8.** 1 (uma) foto 3x4 recente;

- 2.1.9.** 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.
- 2.1.10.** 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.
- 2.1.11.** Histórico Escolar do curso de graduação (exclusivo para o Hospital Belo Horizonte);
- 2.1.12.** Curriculum Vitae (exclusivo para o Hospital Belo Horizonte);
- 2.1.13.** 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);
- 2.1.14.** Comprovante de inscrição no PIS/PASEP (exclusivo para o Hospital Belo Horizonte);
- 2.1.15.** Carteira de Trabalho (exclusivo para o Hospital Vila da Serra);
- 2.1.16.** Certidão de Nascimento ou de Casamento (exclusivo para o Hospital Vila da Serra);
- 2.1.17.** Título de Eleitor e comprovante de votação da última eleição (exclusivo para o Hospital Vila da Serra).
- 2.1.18.** Ficha cadastral constante do Anexo 02 (exclusivo para o Hospital Vera Cruz)
- 2.1.19.** Ficha cadastral constante do Anexo 03 (exclusivo para o Felício Rocho)
- 2.1.20.** Termo de confidencialidade constante do Anexo 04 (exclusivo para o Hospital Vera Cruz).

### **3. Observações:**

- 3.1.** Tendo determinada especialidade o interesse manifestado de mais candidato do que o número de vagas disponíveis, prevalecerá, para fins de conclusão da matrícula, o candidato que tiver obtido a maior nota no resultado final do processo seletivo.

Belo Horizonte, 12 de fevereiro de 2019

**DR. JOSÉ MARIA BORGES**  
Presidente em exercício da FELUMA

  
**SILVIA PORTES ROCHA MARTINS**  
Vice-Diretora do Instituto Agos

**ANEXO I**

**ESPECIALIDADES COM VAGAS REMANESCENTES**

<b>BIOCOR INSTITUTO</b>	
<b>ESPECIALIDADES</b>	<b>VAGAS EM ABERTO</b>
Cardiologia	6
Cirurgia Geral	1
Clínica Médica	8
Fisioterapia Respiratória	7
Medicina Intensiva Adulto	2
Oftalmologia do Segmento Posterior	1
Nefrologia	2

<b>FUNDAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS</b>	
<b>ESPECIALIDADES</b>	<b>VAGAS EM ABERTO</b>
Cirurgia Cardiovascular	1
Cirurgia Geral	2

<b>HOSPITAL BELO HORIZONTE</b>	
<b>ESPECIALIDADES</b>	<b>VAGAS EM ABERTO</b>
Angiologia e Cirurgia Vascular	1
Cirurgia Geral	1
Clínica Médica	2

<b>HOSPITAL FELÍCIO ROCHO</b>	
<b>ESPECIALIDADES</b>	<b>VAGAS EM ABERTO</b>
Ecocardiografia	1
Medicina Intensiva	2
Nefrologia	2

<b>HOSPITAL LIFECENTER</b>	
<b>ESPECIALIDADES</b>	<b>VAGAS EM ABERTO</b>
Cirurgia Geral	2
Clínica Médica	2
Medicina Intensiva	1

<b>HOSPITAL SANTA MÔNICA</b>	
<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>VAGAS EM ABERTO</b>
Clínica Médica	1

<b>HOSPITAL SANTA RITA</b>	
<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>VAGAS EM ABERTO</b>
Clínica Médica	2

<b>HOSPITAL KERALTY (ANTIGO VITALLIS BARREIRO)</b>	
<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>VAGAS EM ABERTO</b>
Clínica Médica	6

<b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS</b>	
<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>VAGAS EM ABERTO</b>
Cirurgia Cardiovascular	1
Clínica Médica	3
Nefrologia	2
Hemodinâmica / Cardiologia Intervencionista	1

<b>HOSPITAL VERA CRUZ</b>	
<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>VAGAS EM ABERTO</b>
Cardiologia	5
Cirurgia Cardiovascular	1
Infectologia	2
Nefrologia	1
Ortopedia e Traumatologia	2

<b>REDE MATER DEI DE SAÚDE</b>	
<b>ESPECIALIDADES</b>	<b>VAGAS EM ABERTO</b>
Cardiologia	2
Geriatria	5
Medicina Intensiva - 2 anos	3
Medicina Intensiva - 3 anos	3
Ultrassonografia	2



**ANEXO II**  
**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](http://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

AP

**ANEXO III**  
**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 IV

### 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: \_\_\_\_\_