

**3º EDITAL DE CONVOCAÇÃO À MATRÍCULA PARA
NOVA OPÇÃO DE ESPECIALIDADE
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 abertura do processo de remanejamento para os candidatos aprovados e excedentes não matriculados em nenhuma especialidade deste processo seletivo de Pós-graduação *Lato Sensu* / Treinamento em Serviço 2019.

O candidato poderá manifestar o interesse em matricular-se em uma nova opção de especialidade, ainda que não a tenha escolhido na inscrição inicial, observado o requisito de ter realizado o mesmo tipo de prova. O interesse pela vaga deverá ser manifestado com o envio dos documentos de matrícula relacionados no item 2 deste 3º Edital de Convocação à Matrícula, **exclusivamente**, por meio do e-mail institutoagos@feluma.org.br, seguindo as orientações e prazos abaixo:

1. Período para manifestação de interesse à vaga remanescente:

Período para o envio dos documentos para o e-mail institutoagos@feluma.org.br , contendo o nome completo do candidato, hospital e especialidade pretendida	Das 17h do dia 22/02/19 até as 23h59min do dia 26/02/19
Envio do e-mail, pelo Instituto Agos, referente à validação dos documentos	27/02/19
Assinatura do contrato de prestação de serviço e pagamento do boleto da 1ª mensalidade	01/03/19

2. Documentação para matrícula:

2.1. No prazo estipulado no item 1 deste Edital, 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);
- 2.1.14.** Comprovante de inscrição no PIS/PASEP (exclusivo para o Hospital Belo Horizonte);
- 2.1.15.** Ficha cadastral constante do Anexo 02 (exclusivo para o Hospital Vera Cruz)
- 2.1.16.** Ficha cadastral constante do Anexo 03 (exclusivo para o Felício Rocho)
- 2.1.17.** 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 na prova objetiva no resultado final do processo seletivo. Persistindo o empate, o desempate fará em favor do candidato mais velho.

4. Procedimentos para matrícula no Biocor Instituto

- 4.1.** Os **candidatos que se matricularem no Biocor Instituto**, deverão, obrigatoriamente, comparecer no Biocor Instituto, para a realização do Treinamento Introdutório. O dia, local e horário para a realização do Treinamento Introdutório, serão informados em momento oportuno. Na mesma ocasião, os candidatos matriculados deverão, ainda, entregar, no dia do Treinamento Introdutório, os seguintes documentos:
 - 4.1.1.** Currículo completo assinado juntamente com todos os certificados de cursos, simpósios, congressos e outros;
 - 4.1.2.** 1 (uma) foto 3x4 recente;
 - 4.1.3.** 2 (duas) cartas de apresentação (original);
 - 4.1.4.** Cédula de identidade (cópia autenticada);
 - 4.1.5.** CPF (cópia autenticada);
 - 4.1.6.** Comprovante de endereço (cópia autenticada);
 - 4.1.7.** Comprovante de inscrição única ou suplementar no Conselho Regional de Medicina/Fisioterapia de Minas Gerais (cópia autenticada);

- 4.1.8.** Diploma de médico/fisioterapeuta ou declaração, caso não tenha o diploma, que o candidato concluiu o curso de medicina/fisioterapia, procedente de instituição de ensino autorizada pelo MEC (cópia autenticada);
- 4.1.9.** Comprovante de estar em dia com o Serviço Militar (cópia autenticada);
- 4.1.10.** Histórico acadêmico (cópia autenticada).

Belo Horizonte, 22 de fevereiro de 2019

DR. JOSÉ MARIA BORGES
Presidente em exercício da FELUMA


ANA CAROLINA DA CUNHA LIMA GIULIANETTI
Diretora geral do Instituto Agos

ANEXO I

ESPECIALIDADES COM VAGAS REMANESCENTES

BIOCOR INSTITUTO	
ESPECIALIDADES	VAGAS EM ABERTO
Arritmia Clínica	2
Cardiointensivismo Pediátrico	2
Cardiologia	6
Cirurgia Geral	2
Clínica Médica	7
Fisioterapia Respiratória	7
Medicina Intensiva Adulto	2
Oftalmologia do Segmento Posterior	1
Nefrologia	2

FUNDAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE ASSIS	
ESPECIALIDADES	VAGAS EM ABERTO
Cirurgia Cardiovascular	1
Cirurgia Geral	3

HOSPITAL BELO HORIZONTE	
ESPECIALIDADES	VAGAS EM ABERTO
Angiologia e Cirurgia Vascular	1
Clínica Médica	1

HOSPITAL FELÍCIO ROCHO	
ESPECIALIDADES	VAGAS EM ABERTO
Clínica Médica	2
Ecocardiografia	1
Hematologia e Hemoterapia	1
Infectologia	1
Medicina de Cuidados Paliativos	1
Medicina Intensiva	1
Nefrologia	2
Nefrologia com Atuação em Transplante	2

HOSPITAL LIFECENTER	
ESPECIALIDADES	VAGAS EM ABERTO
Cardiologia	2
Cirurgia Geral	2
Clínica Médica	3
Medicina Intensiva	1



HOSPITAL SANTA RITA	
ESPECIALIDADE	VAGAS EM ABERTO
Clínica Médica	2

HOSPITAL SOCOR	
ESPECIALIDADE	VAGAS EM ABERTO
Fisioterapia Hospitalar	4

HOSPITAL SOFIA FELDMAN	
ESPECIALIDADE	VAGAS EM ABERTO
Neonatologia	5

HOSPITAL KERALTY (ANTIGO VITALLIS BARREIRO)	
ESPECIALIDADE	VAGAS EM ABERTO
Clínica Médica	6

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS	
ESPECIALIDADE	VAGAS EM ABERTO
Cirurgia Cardiovascular	1
Cirurgia Vascular	1
Clínica Médica	4
Hemodinâmica / Cardiologia Intervencionista	1
Nefrologia	3

HOSPITAL VERA CRUZ	
ESPECIALIDADE	VAGAS EM ABERTO
Cardiologia	3
Cirurgia Cardiovascular	1
Infectologia	2
Nefrologia	1
Ortopedia e Traumatologia	2

REDE MATER DEI DE SAÚDE	
ESPECIALIDADES	VAGAS EM ABERTO
Geriatria	5
Medicina Intensiva - 2 anos	3
Medicina Intensiva - 3 anos	3



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)

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 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: _____