

3ª - ERRATA CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 05/2020 Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19

O Presidente da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais no uso de suas atribuições legais, atendendo a urgência assistencial ao enfrentamento a crescente contaminação causada pelo coronavírus - COVID 19 no Estado de Minas Gerais; e devido ao estado de Calamidade Pública decretado pelo Governo Estadual no Decreto nº 47.891 de 20 de março de 2020, e considerando o Decreto 47.901 de 31 de março de 2020, que dispõe sobre o exame admissional durante o período da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus – COVID-19, no âmbito dos órgãos, autarquias e fundações do Poder Executivo determina que:

- 1.** Poderá ser substituído o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), constante no item 17 do Regulamento 05/2020, por um Atestado de Saúde Ocupacional emitido por profissional médico assistente e a apresentação do Questionário de Antecedentes Clínicos, constante no Anexo VI dessa errata.
- 2.** Ao candidato que, no momento da convocação, apresentar sintomas característicos da doença infecciosa viral causada pelo COVID-19 ficará impedido de assiná-lo e de iniciar suas atividades pelo período de quatorze dias, ressalvando o direito de permanecer em seu exato lugar da fila de classificação e podendo assinar o contrato quando ultrapassado tal período, caso ainda remanesça vaga.
- 3.** Ao candidato que, no momento da convocação, declarar que esteve em contato com pessoas contaminadas pela doença infecciosa COVID-19, contudo não revelar sintomas característicos da doença, ficará impedido de assiná-lo e de iniciar suas atividades pelo período de sete dias, ressalvando o direito de permanecer em seu exato lugar da fila de classificação e podendo assinar o contrato quando ultrapassado tal período, caso ainda remanesça vaga.
- 4.** Fica **OBRIGATÓRIA** a apresentação da Autodeclaração constante no **Anexo VII**;

Belo Horizonte, 03 de abril de 2020.

Fábio Baccheretti Vitor
Presidente da FHEMIG

ANEXO VI

QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS

NOME: _____
CPF: _____ RG: _____ SEXO: F M
IDADE: _____ CARGO: _____
MASP (se tiver): _____

01- Informar sobre os sintomas ou alterações abaixo relacionadas:

SINTOMAS/ALTERAÇÕES	SIM	NÃO
Dor no peito		
Alterações na voz		
Distúrbios do sono		
Variações no peso		
Problemas de pele		
Distúrbio visual		
Dor abdominal		
Escarro com sangue		
Inchaço nas pernas		
Distúrbios de audição		
Problemas digestivos		
Problemas para urinar		
Alteração de apetite		
Prisão de ventre		
Diarreias		
Dificuldade para engolir		
Alterações no volume e na frequência da urina		
Dificuldades frequentes no trabalho		
Dificuldades no relacionamento familiar		
Dificuldade no relacionamento interpessoal		
Nervosismo		
Pressão alta		
Falta de ar		
Tosse		
Suor noturno		
Dor nas articulações		
Dor na coluna		
Ansiedade		
Tristeza		
Desconfiança		
Outros problemas que não estão relacionados acima		

02 – Faz uso de medicação de uso contínuo ou controlado?

() Não () Sim. Quais? (Citar todos, inclusive a dosagem).

03 – Faz, ou já fez, algum controle médico específico (oncológico, cardiológico, neurológico, endocrinológico, pneumológico, outro)? () Não () Sim.

Qual(is)? _____

04 – Já sofreu internação hospitalar (por doença, cirurgia ou outro procedimento)?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

05 – Já sofreu alguma fratura? () Não () Sim.

Tipo(s)? _____

06 - Já se afastou do trabalho por motivo de ordem médica em qualquer instância (municipal, estadual ou INSS)?

() Não () Sim. Qual? _____ Por quais períodos? _____

Por quais motivos? _____

07 - Apresenta ou já apresentou problema de audição ou visão?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

08 – É tabagista? () Não () Sim. Cigarros/dia? _____.

Há quanto tempo? _____

09 – É etilista (consome bebida alcoólica)? () Não () Sim. Quantidade: _____

Frequência: _____

10 – Apresenta ou já apresentou doença psiquiátrica (Depressão, Ansiedade, esgotamento nervoso, tentativas de suicídio ou quaisquer outras)?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

11 – Apresenta ou já apresentou doença relacionada à voz (disfonia, laringite crônica, rouquidão crônica ou outra)?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

12 – Apresenta ou já apresentou alergia respiratória (Asma, Bronquite, Rinite alérgica ou outra) ou a medicamentos? () Não () Sim.

Qual(is)? _____

13 – Apresenta ou já apresentou alguma doença infectocontagiosa? () Não () Sim.

Qual(is)? _____

14 – Apresenta ou já apresentou dores ou doenças osteomusculares (por exemplo: fibromialgia, artroses, artrites, etc.)?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

15 – Apresenta ou já apresentou alguma doença que não foi mencionada acima?

() Não () Sim. Qual(is)? _____

16 – Já teve algum acidente de trânsito? () Não () Sim.

Qual(is)? _____

17 – Possui Carteira Nacional de Habilitação (CNH) válida? () Não () Sim.

18 – Tem filhos? () Não () Sim. Quantos? _____

Declaro, estar ciente do disposto no art. 299, do Código Penal Brasileiro e, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações acima prestadas, responsabilizando-me por qualquer dado inverídico.

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura do Declarante

ANEXO VII

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
Masp (se tiver) _____, CPF _____,
RG _____, declaro que não sou portador de imunossupressão, em
tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia, hipertensão, diabetes, cardiopatias, pneumopatias,
nefropatias; não possuo idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos; não estou gestante e/ou lactante;
não possuo restrição de atividade laboral ou ajustamento funcional; não estive em contato com pessoa
infectada pelo agente novo coronavírus – SarsCoV-2 – COVID-19 e; não apresento sintomas
característicos da doença infecciosa viral causada pelo COVID-19.

Local _____ Data _____ de _____ de 2020.

Assinatura do Declarante