

## **CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 17/2020 Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19**

O Presidente da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais **TORNA PÚBLICO** que estará aberto o Chamamento Público Emergencial nº 17/2020, **a partir das 08h00min (conforme horário de Brasília) do dia 21 de maio de 2020 até as 15h00hmin (conforme horário de Brasília) do dia 22 de maio de 2020**, por meio do recebimento de inscrições conforme estabelecido no teor deste Chamamento, para desempenho de atividades funcionais no **Hospital Regional João Penido – HRJP**, da rede FHEMIG. Trata-se de contratação **temporária e imediata** de profissionais **para o cargo de MÉDICO** conforme estabelecido no **Quadro de Vagas, Anexo II**, autorizadas por meio do Ofício COFIN nº 0196/2020, de 23 de março de 2020.

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 I**, art. 2 da Lei 18.185/2009, por tempo determinado de até 90 (noventa) dias, para prestação de serviços técnicos especializados na área de saúde de acordo com o determinado pela referida Lei, bem como pelo Decreto nº 45.155/2009 – inciso I do art. 2.

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

Comprovação de conclusão do curso de graduação de nível superior em **Medicina** concluído em instituição de ensino reconhecida pelos sistemas federal ou estaduais de ensino e devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - CRM-MG, **ACUMULADO** com Certificado de Conclusão da Residência Médica ou Título de Especialidade Médica emitido pela Associação Médica Brasileira – AMB (original e cópia), nos termos da Resolução CFM nº 1.845/2008, publicada em 17/07/2008, em **qualquer especialidade médica**, devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - CRM-MG. Os candidatos devem também comprovar possuir **experiência em qualquer tipo de atendimento em Urgência e Emergência (UTI, UPA, SAMU, HOSPITAIS...)**.

3. Para realizar a **inscrição** no Chamamento Público Emergencial, o **candidato deverá escanear e encaminhar os documentos que comprovam o Pré-Requisito**, conforme descrito no **Item 2**, e as **Informações Curriculares**, conforme descrito no **Anexo III**, para o **e-mail** indicado no **Item 4**. A **Ficha de Inscrição** que consta no **Anexo I** deve ser **impressa, preenchida e**

**assinada pelo candidato**, e encaminhada juntamente com a documentação comprobatória do Pré-Requisito e das Informações Curriculares. O e-mail deverá ter o **Título: “Inscrição no Chamamento Público Emergencial para a Função de Médico.”**

4. Os candidatos deverão se inscrever no Chamamento Público Emergencial por meio do e-mail **pss.hrjp@fhemig.mg.gov.br**, a partir das **08h00min do dia 21 de maio de 2020 até as 15h00min do dia 22 de maio de 2020**.

5. Os candidatos que **não encaminharem a documentação comprobatória do Pré-Requisito e a Ficha de inscrição** devidamente preenchida e assinada estarão automaticamente **excluídos do processo**.

6. As inscrições enviadas fora do período estabelecido neste Chamamento serão automaticamente excluídas desta Seleção;

6.1 O candidato receberá um e-mail automático de confirmação de inscrição;

7. Caso o candidato envie a documentação para o e-mail informado e não receba a mensagem de confirmação de inscrição, deverá o mesmo ligar para (32) 3691-9570 e checar o ocorrido, sob pena de não ter sua inscrição efetuada. O telefone para contato estará disponível nos dias 21 e 22 de maio, no horário de 08h00min às 16h00min.

8. O quadro de vagas ofertadas neste chamamento e o vencimento básico estão disponíveis no **Anexo II** deste chamamento.

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

10. Para a pontuação referente à realização de cursos prevista no **Anexo III**, será considerada apenas **para 01 (um) curso por faixa de pontuação**, não se admitindo a soma de pontuações da mesma faixa de pontos.

11. Responde o inscrito no Chamamento Emergencial pela veracidade do conteúdo das informações que apresentar, respondendo civil, criminal e/ou administrativamente em caso de falsidade ou inconsistência das informações.

12. É de inteira e exclusiva responsabilidade do inscrito no referido chamamento público, acompanhar todas as publicações e convocações deste certame, as quais serão divulgadas **exclusivamente na página eletrônica da FHEMIG** - [www.fhemig.mg.gov.br](http://www.fhemig.mg.gov.br) – Chamamento Público Emergencial nº 17/2020 – Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19.

12.1 - O resultado da classificação, a agenda do exame pré-admissional e a convocação dos selecionados para assinatura do contrato, no Chamamento Público Emergencial nº 17/2020 – Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19, será divulgado **exclusivamente na página eletrônica da FHEMIG** – [www.fhemig.mg.gov.br](http://www.fhemig.mg.gov.br), link como ingressar na Fhemig ► Chamamento Público Emergencial nº 17/2020, em **26 de maio de 2020**, a partir das 17h00m.

12.1.1 – Os selecionados deverão comparecer no dia **28 de maio de 2020**, no local indicado no item 17, para o exame médico pré-admissional, conforme estabelecido no **item 12.1**, munidos dos documentos descritos no item 17 e seus subitens.

12.1.2 - Os selecionados deverão comparecer, munidos da documentação exigida no item 18 deste Chamamento, no dia **28 de maio de 2020**, após a realização do exame pré-admissional, para a assinatura do contrato, que será feita no Prédio do Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) do **Hospital Regional João Penido** – HRJP, localizado na Av. Juiz de Fora, 2555 – Bairro: Grama – Juiz de Fora/MG, CEP: 36048-000, das 07h30m às 11h30m e das 13h30m às 16h00m - A cópia dos documentos entregues pelo inscrito, independentemente da etapa ou finalidade a que se destina, não lhe será devolvida durante ou ao final do PSS.

12.1.3 - O selecionado deverá assumir suas atividades funcionais, no Hospital Regional João Penido – HRJP em **01 (um) dia, imediatamente após a assinatura do Contrato Administrativo.**

13. A contratação decorrente deste Certame terá duração por tempo determinado de 90 (noventa) dias, tal como previsto na autorização do Comitê de Orçamento e Finanças – Ofício COFIN nº 0196/2020, de 23/03/2020.

14. Na hipótese de extinção da causa justificadora da contratação durante a vigência do contrato, este será rescindido nos termos previstos no art. 13, inciso III, da Lei 18.185/2009 e 8º, inciso II, do Decreto 45.155/2009.

15. O **Anexo IV**, se refere a Minuta do Contrato Administrativo por prazo determinado de prestação de serviços técnicos especializados na área de saúde que será celebrado entre a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e o Contratado.

16. O candidato deverá, imediatamente após o recebimento da confirmação da inscrição através de e-mail, providenciar os exames laboratoriais, conforme descritos no item 17.5 e seus subitens, de forma a garantir o cumprimento, em tempo hábil, do prazo para assinatura do contrato, **CASO SEJA CONVOCADO**.

16.1- O Questionário de Antecedentes Clínicos, constante no Anexo V, deverá ser preenchido apenas pelos candidatos que optarem pela entrega do ASO emitido por médico assistente.

## **17. DO EXAME MÉDICO PRÉ- ADMISSIONAL**

17.1 – O selecionado **convocado para assinatura de Contrato Administrativo** deverá se submeter a exame médico pré-admissional, sob responsabilidade da Gerência de Saúde e Segurança do Trabalhador - GSST da Contratante: **SESMT – localizado no Hospital Regional João Penido** na Av. Juiz de Fora, 2555 – Bairro: Grama – Juiz de Fora/MG, CEP: 36048-000, conforme estabelecido no **item 12.1**, por meio do qual serão avaliadas as condições de saúde física e mental para o exercício da função, oportunidade em que será emitido o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO.

17.2 – No ato de submissão ao exame médico pré-admissional o selecionado deverá apresentar:

17.3 - Documento original de identidade, com foto e assinatura;

17.4 – cartão de vacinação contra “hepatite B”; dT- difteria/tétano, dupla viral ou tríplice viral;

17.5 – resultado dos seguintes exames laboratoriais, **realizados a expensas do candidato**:

17.5.1 – Hemograma completo, com contagem de plaquetas;

17.5.2 - – Glicemia de jejum;

17.5.3 – Urina rotina;

17.5.4 – Anti-HBS quantitativo (**excepcionalmente**, se o resultado desse exame não for disponibilizado pelo laboratório onde o convocado realizou o exame, em tempo hábil para a assinatura do contrato, deverá o mesmo assinar o **Termo de Responsabilidade** para entrega posterior do resultado, disponibilizado pela GSST);

17.6 – Somente serão aceitos resultados originais dos exames, com assinatura e identificação do responsável técnico do laboratório e nome e identidade do candidato.

17.7 – Os exames descritos nos subitens 17.5.1, 17.5.2, 17.5.3 e 17.5.4, somente serão aceitos se realizados no prazo máximo de 90 (noventa) dias anteriores à data de marcação da perícia médica.

17.8 – Os candidatos deverão realizar os exames solicitados em laboratórios/ clínicas de sua preferência.

17.9 – Nas avaliações periciais poderão ser exigidos novos exames e/ou testes complementares, que também correrão a expensas do candidato.

17.10 – Na avaliação admissional todos os candidatos deverão responder ao questionário de antecedentes clínicos.

17.11 – O candidato considerado **INAPTO**, no exame médico pré-admissional, estará impedido de ser contratado, perdendo o direito à vaga para qual concorreu.

17.12 - O candidato poderá substituir o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) emitido pelo Serviço de Saúde e Segurança do Trabalhador (SESMT) do Hospital Regional João Penido por um Atestado de Saúde Ocupacional emitido por médico assistente e a apresentação do Questionário de Antecedentes Clínicos constante no Anexo V.

## 18 – DA CONTRATAÇÃO

18.1 Os candidatos selecionados deverão apresentar para fins de **assinatura e celebração do Contrato Administrativo, obrigatoriamente**, por meio de cópia reprográfica simples, acompanhada dos originais, ou autenticada em cartório, os seguintes documentos:

- a) todos os documentos comprobatórios dos pré-requisitos conforme estabelecido no item 2 e seus subitens, de acordo com a função para a qual está concorrendo;
- b) documento de identidade, ou equivalente, com fotografia, reconhecido legalmente em todo o território nacional, de forma a comprovar ser brasileiro ou gozar das prerrogativas legais correspondentes e ter a idade mínima de 18 anos;

- c) título de eleitor e comprovante de votação na última eleição – primeiro e segundo turnos (quando houver). Caso não tenha o comprovante de votação, será aceito o título de eleitor acompanhado da certidão de quitação eleitoral emitido pela Justiça Eleitoral ou pelo site do TRE. **NÃO SÃO ACEITOS** comprovantes de justificativa eleitoral;
- d) cadastro nacional de pessoas físicas – CPF;
- e) certificado de reservista ou de dispensa de incorporação, se masculino;
- f) comprovante de endereço atualizado (dos últimos 90 dias) e em nome do convocado (a);
- g) certidão de casamento (se casado) ou certidão averbada (se divorciado);
- h) cartão de cadastramento no PIS/PASEP. Somente será aceito documento oficial da CEF (PIS), BB (PASEP), CTPS, cartão cidadão, cartão do PIS, cartão PASEP, extrato PIS emitido pela CEF, extrato PASEP emitido pelo BB. **NÃO SÃO ACEITOS:** Contracheque, anotação feita à mão, NIT/NIS ou qualquer outro comprovante não oficial;
- i) primeira via do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), com o resultado **APTO**, que será emitido pela Gerência de Saúde e Segurança do Trabalhador - **GSST**, da contratante: **SESMT – localizado no Hospital Regional João Penido** na Av. Juiz de Fora, 2555 – Bairro: Grama – Juiz de Fora/MG, CEP: 36048-000;
- j) **DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES**, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante, ou cópia completa da Declaração do Imposto de Renda do último exercício;
- k) **DECLARAÇÃO DE PARENTES**, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante;
- l) **DECLARAÇÃO DE NÃO PENALIDADE**, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante;
- m) **DECLARAÇÃO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS**, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante;
- n) **DECLARAÇÃO DE CARGO E EMPREGO**, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante;
- o) **DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIO**, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante;
- p) **TERMO DE COMPROMISSO SOLENE**, preenchido em formulário próprio fornecido pela contratante.

q) DECLARAÇÃO GRUPO DE RISCO COVID-19, preenchido em formulário próprio fornecido pela contratante.

19 - Não serão contratados os profissionais que se enquadrem nas situações abaixo elencadas, nos termos do artigo 7º da Deliberação nº 2, de 16 de março de 2020 c/c art. 2º da Deliberação nº 4, de 17 de março de 2020, por motivo de configurarem grupo de risco:

19.1 - possuidor de idade igual ou superior a sessenta anos;

19.2 - portar doença crônica, tais como diabetes, hipertensão, cardiopatia, doença respiratória, pacientes oncológicos e imunossuprimidos

19.3 - gestante ou lactante

Essa medida se faz necessária tendo em vista o momento vivido pela pandemia ocasionada pelo COVID-19 e a Situação de Emergência declarada pelo Governo Estadual no Decreto NE nº113, de 12 de março de 2020, no qual os profissionais contratados deverão trabalhar em regime exclusivamente presencial, por se tratar de área finalística e de natureza médico-hospitalar.

## 20 – DOS IMPEDIMENTOS

20.1 - Estará impedido de assinar o contrato e de iniciar suas atividades pelo período de quatorze dias o candidato que, no momento da convocação, apresentar sintomas característicos da doença infecciosa viral causada pelo COVID-19, 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;

20.2 - Estará impedido de assinar o contrato e de iniciar suas atividades pelo período de sete dias o 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, 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;

20.3 - Estará impedido de assinar o contrato, e automaticamente desclassificado, o selecionado que **deixar de apresentar** qualquer um dos documentos elencados nas alíneas do item 18 deste **Chamamento Público**, ou se enquadrar em qualquer das vedações previstas no Decreto Estadual nº 45.155/09.

**ANEXOS**

**ANEXO I** – Ficha de Inscrição;

**ANEXO II** – Quadro de Vagas e Vencimentos Básico por Cargo;

**ANEXO III** – Quadro de Distribuição de Pontos e Critérios de Desempate;

**ANEXO IV** – Minuta do Contrato Administrativo Celebrado entre a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e o Contratado.

**ANEXO V** - Questionário de Antecedentes Clínicos.

Belo Horizonte, 19 de maio de 2020.

Fábio Baccheretti Vitor  
Presidente da FHEMIG  
Masp 1279903



**ANEXO I**

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**(PREENCHER EM LETRA DE FORMA E ASSINAR CONFORME DOCUMENTO DE IDENTIDADE)**

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

**Declaro estar ciente das informações contidas do Edital de Chamamento Público Emergencial nº 17/2020 – Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19 e seus Anexos.**

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

---

(assinatura do (a) candidato (a))

## ANEXO II

### QUADRO DE VAGAS

Cargo	Nível / Grau	Carga Horária/ Semanal	Função	Quantitativo de Vagas	Vencimento Básico
MED	III / A	12 horas	Médico	12 vagas	R\$ 4.595,02

### VENCIMENTO BÁSICO POR CARGO\*

Conforme Lei 21.726/2015

\*Excluídas vantagens inerentes à função exercida e local de atuação, a serem informadas na etapa de contratação.

A) **MÉDICO – MED III – 12 Horas / semanais** R\$ 4.595,02 (Quatro mil quinhentos e noventa e cinco reais e dois centavos)

**ANEXO III - INFORMAÇÕES CURRICULARES**  
**QUADRO DE DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS**  
**MÉDICO ESPECIALISTA – CARGO MED – NÍVEL III – GRAU A**

<b>QUADRO I</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR TREINAMENTOS, CURSOS DE CAPACITAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E ESPECIALIZAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	
Residência Concluída em Medicina Intensiva	25,0		
Participação em cursos, congressos na área de Medicina Intensiva (cada item 4,0 – máximo 8,0)	8,0		
Aprovação no ACLS nos últimos 2 anos	7,0		
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>40,0</b>		
<b>QUADRO II</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO</b>			
Tempo de experiência prestado como Médico em qualquer tipo de atendimento em Urgência e Emergência (UTI, UPA, SAMU, HOSPITAIS...)	<b>MESES</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
	Até 3 meses	12,0	
	4 a 6 meses	24,0	
	7 a 9 meses	36,0	
	10 a 12 meses	48,0	
	Mais de 12 meses	60,0	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO</b>			<b>60,0</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II</b>			<b>100,00</b>

No caso de empate serão observados os seguintes critérios, de acordo com a ordem em que se apresentam:

1. Maior pontuação obtida na **Experiência Profissional**, conforme estabelecido no **Anexo III**.
2. Maior pontuação obtida por participação em treinamentos, cursos de capacitação, aperfeiçoamento e especialização, conforme estabelecido no **Anexo III**.
3. Maior idade.

## **ANEXO IV**

### **CONTRATO ADMINISTRATIVO CELEBRADO ENTRE A FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS E O CONTRATADO**

CONTRATO ADMINISTRATIVO POR PRAZO DETERMINADO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS TÉCNICOS ESPECIALIZADOS NA ÁREA DE SAÚDE QUE ENTRE SI FAZEM A FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG E O CONTRATADO ABAIXO ESPECIFICADO NOS TERMOS DA LEI 18.185/2009 E DECRETO N.º 45.155/2009.

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, a FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG, inscrita no CNPJ sob o n.º 19.843.929/0001-00, situada na Alameda Vereador Álvaro Celso, n.º 100, Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte, Capital, doravante denominada CONTRATANTE, representada pela Diretora de Gestão de Pessoas, e o Sr.(a) XXXXXXXXXXXX, CI: XXXXXXXX CPF: XXXXXXXXXXX, residente à XXXXXX, XXXXXXXX em XXXXXXXXXXXX denominado CONTRATADO, nos termos do art. 2º, inciso I da Lei 18.185 de 5 de junho de 2009 e do art. 1º, § 1º, inciso I do Decreto n.º 45.155 de 22 de agosto de 2009 e considerando a necessidade temporária de excepcional interesse público, resolvem firmar o presente contrato, mediante as cláusulas e condições seguintes:

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA**

O objetivo do presente contrato é a prestação dos serviços técnicos especializados na função de xxxxxxxxxxxx, com Carga Horária semanal de xx horas, a serem executados pelo CONTRATADO à CONTRATANTE na unidade do Hospital Regional João Penido – HRJP - FHEMIG, lotado no setor determinado pela gerência assistencial, de acordo com a estrita necessidade demandada.

#### **PARÁGRAFO ÚNICO**

As atividades serão executadas em consonância com as normas técnicas correspondentes à prestação dos serviços contratados conforme cláusula primeira.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA**

O presente contrato terá duração de até 90 (Noventa) dias, tendo início em XX/05/2020.

#### **CLÁUSULA TERCEIRA**

Como contraprestação do serviço prestado o contratado receberá a título de vencimento básico, o valor estabelecido no Anexo II, de acordo com a função para a qual está celebrando este contrato.

### **PARÁGRAFO PRIMEIRO**

O CONTRATADO poderá ainda fazer jus a gratificações, prêmios e/ou adicionais, quando autorizados na legislação de regência a percepção de tais benefícios pelo contratado.

### **CLÁUSULA QUARTA**

As contratações ocorrerão de acordo com o estabelecido no Of.COFIN nº 0196/2020, de 23/03/2020, Processo SEI Nº 2270.01.00010996/2020-53.

### **CLÁUSULA QUINTA**

O presente contrato será rescindido, sem direito a indenizações:

- a) pelo término do prazo contratual;
- b) por iniciativa da CONTRATANTE, quando da extinção da causa transitória justificadora da contratação; ou
- c) por iniciativa do contratado.

### **PARÁGRAFO PRIMEIRO**

No caso de extinção do contrato será devido ao CONTRATADO o pagamento dos dias trabalhados e do décimo terceiro salário proporcional, observada a legislação pertinente.

### **PARÁGRAFO SEGUNDO**

A extinção do contrato, nos termos da letra “c”, será precedida de comunicação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sendo devido ao contratado o pagamento dos dias trabalhados e décimo terceiro salário proporcional, observada a legislação pertinente.

### **CLÁUSULA SEXTA**

O contratado será segurado do Regime Geral de Previdência Social, conforme o disposto no § 13 do art. 40, da Constituição da República.

### **CLÁUSULA SÉTIMA**

Ao assinar o presente contrato o CONTRATADO declara, sob as penas da Lei, que não possui vínculo funcional com instituições do Poder Público que venha incorrer em

acumulação vedada por lei.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – Na vigência do contrato, ocorrendo a hipótese do CONTRATADO passar a ter vínculo permanente com o Poder Público, o presente contrato será rescindido, salvo nos casos de acumulação licita.

### **CLÁUSULA OITAVA**

O caráter jurídico do presente contrato é jurídico administrativo, não gerando vínculo empregatício de que trata a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, entre o CONTRATADO e a CONTRATANTE.

### **CLÁUSULA NONA**

As partes elegem o foro da Comarca de Belo Horizonte para dirimirem quaisquer dúvidas ou litígios eventualmente existentes em decorrência da execução do presente contrato.

E por estarem ajustados, firmam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas que ao mesmo subscrevem.

Belo Horizonte, xx de Maio de 2020.

Alice Guelber Melo Lopes  
Diretora de Gestão de Pessoas – DIGEPE  
Masp: 669360-0

Daniel Ortiz Miotto  
Diretor do HRJP  
Masp:13075122

---

Contratado(a) - CPF

TESTEMUNHAS:

1)NOME:

2) NOME:

CPF:

CPF:

ENDEREÇO:

ENDEREÇO:

**ANEXO V**

**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