

## **CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 18/2020 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 18/2020, **a partir das 08h00m do dia 22 de maio de 2020 até às 17h00m do dia 25 de maio de 2020 (horário de Brasília)**, por meio do **recebimento de inscrições**, conforme estabelecidos no teor deste Chamamento, para atuação no **Hospital Regional de Barbacena – HRB**, da rede FHEMIG, para atuarem no atendimento aos pacientes com sintomas de COVID-19. Trata-se de contratação **temporária e imediata** de profissionais conforme estabelecido no **Quadro de Vagas**, constate no **Anexo II**, autorizadas por meio do Ofício COFIN nº 295/2020, de 15 de abril de 2020.

Todas as informações necessárias para a **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 120 (cento e vinte) 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**:
  - 2.1 Para a função de **Médico**: 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 - CRMMG, **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 de 17/07/2008, **em qualquer especialidade médica**, devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - CRM-MG. **NÃO SERÁ** aceito que a referida especialidade ainda não esteja registrada no Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais – CRMMG.
  - 2.2 Para a função de **Enfermeiro**: conclusão do curso de graduação de nível superior em Enfermagem, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, concluído em instituição de ensino reconhecido pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais ou municipais de ensino, e pelo MEC, e registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais, **ACUMULADO** com Certificado de Conclusão do curso de Protocolo de Manchester.

- 2.3 Para a função de **Fisioterapeuta Respiratório**: conclusão do curso de graduação de nível superior em Fisioterapia, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, concluído em instituição de ensino reconhecido pelo sistema federal ou pelo sistemas estaduais ou municipais de ensino, e pelo MEC, acumulado com especialização lato sensu em Fisioterapia Respiratória ou Fisioterapia Pneumofuncional ou Fisioterapia Cardiorrespiratória ou Fisioterapia Respiratória adulto ou CTI/UTI adulto e registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais.
- 2.4 Para a função de **Técnico de Enfermagem**: conclusão de curso de educação profissional, de nível médio, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, correspondente à área de Técnico em Enfermagem, concluído em instituição de ensino reconhecido pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais ou municipais de ensino, e pelo MEC, e registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais.
- 2.5 Para a função de **Auxiliar Administrativo**: conclusão de Ensino Médio, certificado por instituição de ensino reconhecida pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais ou municipais de ensino.
3. Os candidatos que não apresentarem os comprovantes relativos ao **pré-requisito** serão **automaticamente excluídos** do processo.
4. Os candidatos que obtiverem pontuação inferior ao valor atribuído ao tempo mínimo de experiência profissional pontuado, conforme estabelecido no **Anexo III**, serão **automaticamente excluídos** do processo.
5. Além dos pré-requisitos, os candidatos deverão enviar o currículo padrão, de acordo com a função para a qual está concorrendo, constante no **Anexo I**, bem como, **cópia de todos** os comprovantes relativos às informações prestadas pelo candidato, no ato do preenchimento do currículo padrão.
6. Os candidatos que não apresentarem o currículo padrão constante no **Anexo I**, **devidamente preenchido e assinado**, conforme estabelecido no item 5, serão automaticamente excluídos do processo.
7. Para se candidatar às vagas disponibilizadas, os interessados deverão preencher o currículo padrão, constante no Anexo I, e enviá-lo juntamente com a documentação que comprove as informações curriculares, para o email **pss.hrb@fhemig.mg.gov.br**, a partir das 08h00m do dia 22 de maio de 2020 até às 17h00m do dia 25 de maio de 2020 (horário de Brasília).
- 7.1 Documentações enviadas após os dias e horários estabelecidos no item 7 não serão aceitas;

7.2 Não nos responsabilizados por quaisquer problemas técnicos apresentados durante o envio do email.

8. O quadro de vagas ofertadas neste chamamento e o vencimento básico por cargo estão disponíveis no **Anexo II** deste chamamento.
9. Os critérios de classificação e desempate estarão estabelecidos no **Anexo III** deste chamamento.

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

**10.1** - O selecionado convocado para assinatura de Contrato Administrativo deverá comparecer ao Serviço de Perícia Médica, Saúde e Segurança do Trabalhador (SPMSST) do Hospital Regional de Barbacena – HRB, situado à Avenida Quatorze de Agosto, s/n<sup>a</sup>, Bairro Floresta, Barbacena – MG, nos dias 28 e 29 de maio de 2020, conforme convocação publicada no site, e apresentar o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) emitido por médico assistente e o Questionário de Antecedentes Clínicos constante no Anexo V, conforme estabelecido no Decreto Estadual nº 47.901, de 31 de março de 2020.

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

10.1.1.1. Documento original de identidade, com foto e assinatura;

10.1.1.2. Cartão de vacinação contra “hepatite B”; dT- difteria/tétano, dupla viral ou tríplice viral;

10.1.1.3. Resultado dos seguintes exames laboratoriais, **realizados a expensas do candidato**:

a. Hemograma completo, com contagem de plaquetas;

b. Glicemia de jejum;

c. Urina rotina;

d. 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);

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

10.1.3. Os exames descritos nos subitens 10.1.1.3, somente serão aceitos se realizados no prazo máximo de 90 (noventa) dias anteriores à data de marcação da perícia médica.

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

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

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

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

## **11. DA ASSINATURA DO CONTRATO**

11.1. 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) Para a função de Médico: 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 - CRMMG, **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 de 17/07/2008, em qualquer especialidade médica, devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - CRM-MG. **NÃO SERÁ** aceito que a referida especialidade ainda não esteja registrada no Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais – CRMMG.
- b) Para a função de Enfermeiro: conclusão do curso de graduação de nível superior em Enfermagem, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, concluído em instituição de ensino reconhecido pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais ou municipais de ensino, e pelo MEC, e registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais, além do Certificado de Conclusão do curso de Protocolo de Manchester.
- c) Para a função de Fisioterapeuta Respiratório: conclusão do curso de graduação de nível superior em Fisioterapia, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, concluído em instituição de ensino reconhecido pelo sistema federal ou pelo sistemas

- estaduais ou municipais de ensino, e pelo MEC, acumulado com especialização lato sensu em Fisioterapia Respiratória ou Fisioterapia Pneumofuncional ou Fisioterapia Cardiorrespiratória ou Fisioterapia Respiratória adulto ou CTI/UTI adulto e registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais.
- d) Para a função de Técnico de Enfermagem: conclusão de curso de educação profissional, de nível médio, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, correspondente à área de Técnico em Enfermagem, concluído em instituição de ensino reconhecido pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais ou municipais de ensino, e pelo MEC, e registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais.
- e) Para a função de Auxiliar Administrativo: conclusão de Ensino Médio, certificado por instituição de ensino reconhecida pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais ou municipais de ensino.
- f) 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;
- g) 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;
- h) cadastro nacional de pessoas físicas – CPF;
- i) certificado de reservista ou de dispensa de incorporação, se masculino;
- j) comprovante de endereço atualizado (dos últimos 90 dias) e em nome do convocado (a);
- k) certidão de casamento (se casado) ou certidão averbada (se divorciado);
- l) 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;
- m) primeira via do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), com o resultado **APTO**, emitido por profissional médico assistente e a apresentação do Questionário de Antecedentes Clínicos.

- n) DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato), ou cópia completa da Declaração do Imposto de Renda do último exercício;
  - o) DECLARAÇÃO DE PARENTES, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
  - p) DECLARAÇÃO DE NÃO PENALIDADE, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
  - q) DECLARAÇÃO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
  - r) DECLARAÇÃO DE CARGO E EMPREGO, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
  - s) DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIO, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
  - t) TERMO DE COMPROMISSO SOLENE, preenchido em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
  - u) DECLARAÇÃO Grupo de risco COVID-19 e Ajustamento Funcional.
- 11.2. Estará impedido de assinar o contrato, e automaticamente desclassificado, o selecionado que **deixar de apresentar** qualquer um dos documentos elencados nas alíneas do item 11 deste **Chamamento Público**, ou se enquadrar em qualquer das vedações previstas no Decreto Estadual nº 45.155/09.
- 11.3. Estará impedido de assinar o contrato e automaticamente desclassificado, o selecionado que se enquadrar 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 configurar grupo de risco:
- 11.3.1 - possuir idade igual ou superior a sessenta anos;
  - 11.3.2 - portar doença crônica, tais como diabetes, hipertensão, cardiopatia, doença respiratória, pacientes oncológicos e imunossuprimidos;
  - 11.3.3 - 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 nº 113, 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.

11.4. 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.

## **12. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:**

12.1. A pontuação referente à realização de cursos prevista no **Anexo III** será considerada apenas **para 01 (um) curso por faixa de carga horária**, não se admitindo a soma de pontuações.

12.2. 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 18/2020 – Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19.

12.3- O resultado da classificação, a agenda do exame pré-admissional e a convocação dos selecionados para assinatura do contrato, no Chamamento Público Emergencial nº 18/2020 – 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), Chamamento Público Emergencial nº 18/2020, em 27 de maio de 2020, a partir das 17h00m.

12.4. Os selecionados deverão comparecer nos dias 28 e 29 de maio de 2020, no local indicado, para o exame médico pré-admissional, munidos dos documentos descritos no item 10.1.1 e seus subitens.

12.5. Os selecionados deverão comparecer, munidos da documentação exigida no item 11.1 desse Chamamento, nos dias 28 e 29 de maio de 2020, logo após a realização do exame admissional, para a assinatura do contrato, que será feita pelo Serviço de Gestão de Pessoas, localizado no Hospital Regional de Barbacena, situado na Avenida Quatorze de Agosto, s/nº, Bairro Floresta, telefone (33) 3339-1655, no horário das 08h00m às 17h00m.

12.6. A contratação decorrente deste Certame terá duração por tempo determinado de até 120 (cento e vinte) dias, tal como previsto na autorização do Comitê de Orçamento e Finanças – Ofício COFIN nº 0295/2020, de 15/04/2020.

- 12.7. 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.
- 12.8. 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.
- 12.9 O candidato deverá, imediatamente após a inscrição por meio da entrega do currículo padrão e dos documentos comprobatórios, providenciar os exames laboratoriais, conforme descritos no item 10.1.1.3 e seus subitens, de forma a garantir o cumprimento, em tempo hábil, do prazo para assinatura do contrato, **CASO SEJA CONVOCADO**.
- 12.10 Por se tratar de uma seleção emergencial, ao resultado dessa seleção não caberá recurso.
- 12.11 Candidatos classificados em Cadastro Reserva poderão ser convocados na medida em que surgirem novas vagas disponibilizadas pelo COFIN.

## **ANEXOS**

**ANEXO I** – Inscrição / Currículo Padrão;

**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;

**ANEXO VI** – Declaração Grupo de risco COVID-19 e Ajustamento Funcional.

Belo Horizonte, 20 de maio de 2020.

Fábio Baccheretti Vitor  
Presidente da FHEMIG



**ANEXO I**  
**INSCRIÇÃO / CURRÍCULO PADRÃO**  
**CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL FHEMIG Nº 18/2020**

**1. MÉDICO**

**CURRÍCULO PADRÃO**

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

**FORMAÇÃO ACADÊMICA**

- Graduação em Medicina concluída na seguinte instituição de ensino:
  
- Data de conclusão do curso:

**CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E TERAPIA INTENSIVA OU ÁREAS AFINS**

- Curso:
- Instituição:
- Carga Horária:
- Data de conclusão do curso:
  
- Curso:
- Instituição:
- Carga Horária:
- Data de conclusão do curso:
  
- Curso:

- Instituição:
- Carga Horária:
- Data de conclusão do curso:

## HISTÓRICO DAS EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

## EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

Justificar o interesse na vaga ofertada. A redação deverá conter argumentação, coerência e clareza da justificativa.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/2020 \_\_\_\_\_  
(assinatura do(a) candidato(a))

DEVERÃO SER ANEXADOS A ESTE CURRÍCULO, **TODOS** OS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS ACIMA

## 2. FISIOTERAPEUTA RESPIRATÓRIO

### CURRICULO PADRÃO

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

### FORMAÇÃO ACADÊMICA

- Graduação em **Fisioterapia** concluída na seguinte instituição de ensino:
  
- Data de conclusão do curso:

### CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA DE FISIOTERAPIA HOSPITALAR

- Curso:
- Instituição:
- Carga Horária:
- Data de conclusão do curso:
  
- Curso:
- Instituição:
- Carga Horária:
- Data de conclusão do curso:
  
- Curso:
- Instituição:
- Carga Horária:
- Data de conclusão do curso:

## HISTÓRICO DAS EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

## EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

Justificar o interesse na vaga ofertada. A redação deverá conter argumentação, coerência e clareza da justificativa.

**INFORMAR DISPONIBILIDADE TOTAL OU PARCIAL.**

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

(assinatura do(a) candidato(a))

DEVERÃO SER ANEXADOS A ESTE CURRÍCULO, **TODOS** OS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS ACIMA

### 3. **ENFERMEIRO**

#### **CURRÍCULO PADRÃO**

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

#### **FORMAÇÃO ACADÊMICA**

- Curso de educação profissional, de nível médio, correspondente à área de **Enfermagem** concluído na seguinte instituição de ensino:
  
- Data de conclusão do curso:

#### **CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA HOSPITALAR COM ÊNFASE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E TERAPIA INTENSIVA**

- Curso:
- Instituição:
- Carga Horária:
- Data de conclusão do curso:
  
- Curso:
- Instituição:
- Carga Horária:
- Data de conclusão do curso:
  
- Curso:
- Instituição:
- Carga Horária:

- Data de conclusão do curso:

## HISTÓRICO DAS EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

## EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

Justificar o interesse na vaga ofertada. A redação deverá conter argumentação, coerência e clareza da justificativa.

**INFORMAR DISPONIBILIDADE TOTAL OU PARCIAL.**

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

(assinatura do(a) candidato(a))

**IMPORTANTE:**

DEVERÃO SER ANEXADOS A ESTE CURRÍCULO, **TODOS** OS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS ACIMA

#### 4. **TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

##### **CURRÍCULO PADRÃO**

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

##### **FORMAÇÃO ACADÊMICA**

- Curso de educação profissional, de nível médio, correspondente à área de **Técnico de Enfermagem** concluído na seguinte instituição de ensino:
  
- Data de conclusão do curso:

##### **CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA HOSPITALAR COM ÊNFASE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E TERAPIA INTENSIVA**

- Curso:
- Instituição:
- Carga Horária:
- Data de conclusão do curso:
  
- Curso:
- Instituição:
- Carga Horária:
- Data de conclusão do curso:
  
- Curso:
- Instituição:
- Carga Horária:

- Data de conclusão do curso:

### HISTÓRICO DAS EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

### EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

Justificar o interesse na vaga ofertada. A redação deverá conter argumentação, coerência e clareza da justificativa.

**INFORMAR DISPONIBILIDADE TOTAL OU PARCIAL.**

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

(assinatura do(a) candidato(a))



**IMPORTANTE:**

DEVERÃO SER ANEXADOS A ESTE CURRÍCULO, **TODOS** OS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS ACIMA

**5. AUXILIAR ADMINISTRATIVO**

**CURRÍCULO PADRÃO**

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

**FORMAÇÃO ACADÊMICA**

- Ensino Médio concluído na seguinte instituição de ensino:
  
- Data de conclusão do curso:

**CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA ADMINISTRATIVA**

- Curso:
- Instituição:
- Carga Horária:
- Data de conclusão do curso:
  
- Curso:
- Instituição:
- Carga Horária:
- Data de conclusão do curso:
  
- Curso:
- Instituição:
- Carga Horária:
- Data de conclusão do curso:

## HISTÓRICO DAS EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

## EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

Justificar o interesse na vaga ofertada. A redação deverá conter argumentação, coerência e clareza da justificativa.  
**INFORMAR DISPONIBILIDADE TOTAL OU PARCIAL.**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/2020 \_\_\_\_\_  
(assinatura do(a) candidato(a))

**IMPORTANTE:**

DEVERÃO SER ANEXADOS A ESTE CURRÍCULO, **TODOS** OS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS ACIMA

**ANEXO II**  
**QUADRO DE VAGAS**

<b>Cargo</b>	<b>Nível / Grau</b>	<b>Carga Horária/ Semanal</b>	<b>Função</b>	<b>Quantitativo de Vagas</b>
MED	III / A	12 horas	Médico	<b>18</b>
AGAS	III / A	30 horas	Fisioterapeuta Respiratório	<b>04</b>
PENF	II / A	40 horas	Técnico de Enfermagem	<b>25</b>
PENF	IV / A	40 horas	Enfermeiro	<b>05</b>
TOS	I / A	40 horas	Auxiliar Administrativo	<b>01</b>

**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) **AGAS III / 30HS SEMANAIS R\$ 3.845,24** (três mil, oitocentos e quarenta e cinco reais e vinte e quatro centavos)
- B) **PENF II / 40HS SEMANAIS R\$ 1.755,96** (um mil, setecentos e cinquenta e cinco reais e noventa e seis centavos)
- C) **PENF IV / 40HS SEMANAIS R\$ 3.464,43** (três mil, quatrocentos e sessenta e quatro reais e quarenta e três centavos)
- D) **TOS I / 40HS SEMANAIS: R\$ 1. 427,73** (um mil, quatrocentos e vinte e sete reais e setenta e três centavos)

Conforme Decreto 47.914/2020:

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

- A) **MED III / 12 HS SEMANAIS R\$ 4.595,02** (quatro mil quinhentos e noventa e cinco reais e dois centavos).

**ANEXO III**  
**QUADROS DE DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS**

**Médico – MED III – Médico Especialista**

<b>PONTUAÇÃO POR FORMAÇÃO PROFISSIONAL</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
Residência Médica em Clínica Médica, Terapia Intensiva, Anestesiologia, Pneumologia, Cardiologia ou Urgência e Emergência	9,0
Especialização Lato Sensu em Clínica Médica, Terapia Intensiva ou Urgência e Emergência	6,0
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>15,0</b>

<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO</b>		
	<b>MESES</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
Médico com residência médica registrada no CRM - Tempo de serviço prestado como médico em Urgência e Emergência e Terapia Intensiva, em instituição de saúde pública ou privada.	No mínimo 06 meses	20,0
	07 a 12 meses	30,0
	13 a 24 meses	50,0
	25 a 36 meses	70,0
	Mais de 37 meses	85,0
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>		<b>85,0</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA</b>		<b>100,0</b>

**Profissional de Enfermagem – PENF II – Técnico em Enfermagem**

<b>PONTUAÇÃO POR DISPONIBILIDADE DE HORÁRIO DE TRABALHO</b>	<b>PONTOS</b>
Disponibilidade total	5,0

Disponibilidade parcial	1,0
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>5,0</b>

<b>PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA HOSPITALAR COM ÊNFASE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E/OU TERAPIA INTENSIVA</b>	<b>PONTOS</b>
*Curso com carga horária até 08 horas	1,0
*Curso com carga horária maior do que 09 horas até 20 horas.	5,0
*Curso com carga horária acima de 20 horas	9,0
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>15,0</b>

\* Somente serão pontuados os certificados emitidos nos últimos 05(cinco) anos, contados da data da entrega dos documentos na etapa de análise curricular.

<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 05 ANOS</b>	<b>Pontuação atribuída a ciclo de um ano completo de exercício sem sobreposição de tempo.</b>	
	<b>ANO(S)</b>	<b>PONTOS</b>
Experiência de Exercício como Técnico de Enfermagem em Clínica Médica, Cuidados Intensivos e Urgência e Emergência em Âmbito Hospitalar	1	20,0
	2	40,0
	3	55,0
	4	70,0
	5	85,0
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>85,0</b>	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA</b>	<b>100,0</b>	

#### **Profissional de Enfermagem – PENF IV – Enfermeiro**

<b>PONTUAÇÃO POR DISPONIBILIDADE DE HORÁRIO DE TRABALHO</b>	<b>PONTOS</b>
Disponibilidade total	5,0
Disponibilidade parcial	1,0
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>5,0</b>

<b>PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA HOSPITALAR COM ÊNFASE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E/OU TERAPIA INTENSIVA</b>	<b>PONTOS</b>
*Curso com carga horária maior do que 09 horas até 20 horas.	1,0
*Curso com carga horária acima de 20 horas até 50 horas	2,0
* Curso com carga horária acima de 50 horas	3,0
** Protocolo de Manchester 2ª Versão – Grupo Brasileiro de Classificação de Risco	5,0
Certificado de conclusão de curso de pós-graduação em nível de especialização lato sensu, com carga horária mínima de 360 horas, reconhecido pelo Ministério da Educação, na área de terapia Intensiva e/ou Urgência e Emergência	9,0
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>20,0</b>

\* Somente serão pontuados os certificados emitidos nos últimos 05(cinco) anos, contados da data da entrega dos documentos na etapa de análise curricular.

<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 05 ANOS</b>	<b>Pontuação atribuída a ciclo de um ano completo de exercício sem sobreposição de tempo.</b>	
	<b>ANO(S)</b>	<b>PONTOS</b>
Experiência de Exercício Enfermeiro Clínica Médica, Cuidados Intensivos e Urgência e Emergência em Âmbito Hospitalar	1	20,0
	2	40,0
	3	50,0
	4	60,0
	5	80,0
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>80,0</b>	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA</b>	<b>100,0</b>	

**Analista de Gestão e Assistência à Saúde – AGAS III - Fisioterapeuta Respiratório**

<b>PONTUAÇÃO POR DISPONIBILIDADE DE HORÁRIO DE TRABALHO</b>	<b>PONTOS</b>
Disponibilidade total	5,0
Disponibilidade parcial	1,0
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>5,0</b>

<b>PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO FISIOTERAPIA HOSPITALAR</b>	<b>PONTOS</b>
*Curso com carga horária maior do que 09 horas até 20 horas.	1,0
*Curso com carga horária acima de 20 horas até 50 horas	2,0
* Curso com carga horária acima de 50 horas	3,0
Curso de Especialização de no mínimo 360 horas (EXCETO O APRESENTADO COMO PRÉ REQUISITO)	4,0
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>10,0</b>

\* Somente serão pontuados os certificados emitidos nos últimos 05(cinco) anos, contados da data da entrega dos documentos na etapa de análise curricular.

<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 05 ANOS</b>	<b>Pontuação atribuída a ciclo de um ano completo de exercício sem sobreposição de tempo.</b>	
	<b>ANO(S)</b>	<b>PONTOS</b>
Experiência de Exercício Fisioterapeuta Respiratório em Terapia Intensiva e Urgência e Emergência em Âmbito Hospitalar	No mínimo 06 meses	25,0
	07 a 12 meses	40,0
	13 a 18 meses	55,0
	19 a 24 meses	70,0
	Mais de 25 meses	85,0
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>85,0</b>	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA</b>	<b>100,0</b>	

#### **Técnico Operacional da Saúde – TOS I - Auxiliar Administrativo**

<b>PONTUAÇÃO POR DISPONIBILIDADE DE HORÁRIO DE TRABALHO</b>	<b>PONTOS</b>
Disponibilidade total	5,0
Disponibilidade parcial	1,0
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>5,0</b>

<b>PONTUAÇÃO POR FORMAÇÃO ACADÊMICA</b>			<b>PONTOS</b>
Conclusão de Curso na área administrativa: Técnico em Administração, Técnico em Contabilidade, Técnico em Secretariado, Gestão de Negócios.			3,0
Acadêmico de Graduação ou Graduação em: Administração, Ciências Contábeis, Direito, Letras, Ciências Econômicas, Gestão Hospitalar, Gestão de Serviços de Saúde, Ciências da Computação.			7,0
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>			<b>10,0</b>
<b>PONTUAÇÃO POR REALIZAÇÃO DE CURSOS NA ÁREA DE INFORMÁTICA</b>	<b>PONTOS POR CURSO E NÍVEL</b>		<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA POR CURSO E NÍVEL</b>
	<b>BÁSICO</b>	<b>AVANÇADO</b>	
Curso Word	2,5		2,5
Curso Excel	2	3,5	3,5
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>		<b>6,0</b>	

<b>PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO / CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA ADMINISTRATIVA</b>	<b>PONTOS</b>
Curso de no mínimo de 20 horas	1,5
Curso de no mínimo de 40 horas	2,5
Curso de no mínimo de 80 horas	4,0
Curso de no mínimo de 120 horas até no máximo 180 horas	6,0
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>14,0</b>

<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS</b>	<b>ANO(S)</b>	<b>PONTOS</b>
EXPERIÊNCIA DE TRABALHO COMPROVADA NA FUNÇÃO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	25,0
	2	35,0
	3	45,0
	4	55,0
	5	65,0
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>65,0</b>	



<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA DE ANÁLISE CURRICULAR</b>
---

<b>100,0</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**.

## **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) XXXXXXXXXXXXX, 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 de Barbacena – HRB - 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 120 (Cento e vinte) 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 III, 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 nº0295/2020, de 15/04/2020, Processo SEI Nº 2270.01.00XXXX/2020-XX.

#### **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 lícita.

#### **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 Abril de 2020.

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

Wander Lopes da Silva  
Diretor Complexo Hospitalar Barbacena  
Masp: 10423606

---

Contratado(a) - CPF

### TESTEMUNHAS:

1) NOME:

CPF:

ENDEREÇO:

2) NOME:

CPF:

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



## **ANEXO VI**

### **DECLARAÇÃO**

#### **GRUPO DE RISCO DA COVID-19 E AJUSTAMENTO FUNCIONAL**

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,  
sendo considerados Grupo de Risco da COVID-19; estou ciente que serei contratado para trabalhar em  
regime exclusivamente presencial por se tratar de área finalística e de natureza médico-hospitalar e; não  
posso restrição de atividade laboral ou ajustamento funcional.