

**CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº15/2021**  
**Contratação Emergencial Calamidade Pública**

O Presidente da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais **TORNA PÚBLICO** que estará aberto o Chamamento Público Emergencial nº15/2021, **a partir das 08h00min (conforme horário de Brasília) do dia 22 de fevereiro de 2021 até as 17h00min (conforme horário de Brasília) do dia 25 de fevereiro de 2021**, 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 desempenho de atividades referentes às funções descritas no Quadro de Vagas, constante no Anexo II, sem a necessidade de realização de Processo Seletivo Simplificado - PSS, com fundamento na urgência e declarada situação de calamidade pública, até que os devidos processos seletivos sejam finalizados. A autorização para a referida contratação consta no Ofício COFIN nº 0018, de 21 de janeiro de 2021.

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 do art. 3º da Lei nº 23.750, de 23 de dezembro de 2020, bem como pelo inciso I do art. 2º do Decreto nº 48.097, de 23 de dezembro de 2020, por tempo determinado de até 12 (doze) meses, podendo ser rescindidos tão logo sejam efetuadas as contratações dos referidos cargos/funções mediante Processo Seletivo Simplificado.
  - 1.1 - À medida que os contratos forem sendo firmados via Processo Seletivo Seletivo - PSS, nos termos das normas supracitadas, a FHEMIG efetuará os desligamentos dos profissionais contratados mediante esse Chamamento Público Emergencial, não havendo concomitância de ocupação das vagas ofertadas.
2. Somente serão considerados aptos a participarem desta seleção, os candidatos

que apresentarem como **PRÉ-REQUISITO:**

2.1. Para a função de **MÉDICO ESPECIALISTA (MED III):**

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 Especialização Lato Sensu 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 Pediatra e Clínico Geral, 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.

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 ESCANEADA DE TODOS** os comprovantes relativos às informações prestadas pelo candidato (cursos de capacitação e experiência profissional) no ato do preenchimento do currículo padrão a ser encaminhado via e-mail.

6. As inscrições enviadas fora do período estabelecido neste chamamento serão **automaticamente excluídas** do processo.

7. Somente será aceita como inscrição neste processo a entrega de documentação que se der por e-mail conforme categoria indicada no item 7.1.

7.1- A entrega por e-mail deverá ser encaminhada para o seguinte endereço eletrônico, conforme a função:

<b>E-mail para recebimento de currículos</b>	<b>Categorias</b>
<a href="mailto:pss.hrjg@fhemig.mg.gov.br">pss.hrjg@fhemig.mg.gov.br</a>	<b>Médicos</b>

O e-mail encaminhado deverá ser identificado no assunto com: **Número do Chamamento, nome completo do candidato e função para a qual está se inscrevendo** e deverão, obrigatoriamente, apresentar a documentação requerida no item 5 deste regulamento, sob pena de exclusão automática do processo.

8. O quadro de vagas ofertadas neste chamamento e a remuneração 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 se submeter a exame médico pré-admissional, devendo o mesmo escolher uma das formas abaixo descritas para obter seu Atestado de Saúde Ocupacional:

10.1.1 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, no dia **02/03/2021** 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

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

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

10.1.1.1.2-Cartão de vacinação contra "hepatito B"; dT-difteria/tétano, dupla viral ou trípliceviral;

10.1.1.1.3- Resultado dos seguintes exames laboratoriais, **realizados a expensa do candidato:**

a. Hemograma completo, com contagem de plaquetas;

b. Glicemia de jejum;

c. Urinarotina;

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);

10.1.1.2- Somente serão aceitos resultados originais dos exames, com assinatura e identificação do responsável técnico do laboratório e nome e identidade do candidato. Os exames descritos no item 10.1.1.1.3 e subitens, somente serão aceitos se realizados no prazo máximo de 90 (noventa) dias anteriores à data de marcação da perícia médica.

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

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

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

10.1.2 **OU** o candidato poderá substituir o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), emitido nos termos do item 10.1.1, por um Atestado de Saúde Ocupacional emitido por médico assistente e a apresentação do Questionário de Antecedentes Clínicos constante no Anexo VI, conforme estabelecido no Decreto Estadual nº 47.901, de 31 de março de 2020.

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:

11.1.1 - 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.

11.1.2 - 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;

11.1.3 - 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;

11.1.4 - Cadastro nacional de pessoas físicas –CPF;

11.1.5 - Certificado de reservista ou de dispensa de incorporação, se masculino;

11.1.6 Comprovante de endereço atualizado (dos últimos 90 dias) e em nome do convocado(a);

11.1.7 - Certidão de casamento (se casado) ou certidão averbada (se divorciado);

11.1.8 - 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;

11.1.9 – 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** ou Atestado de Saúde Ocupacional emitido por profissional médico assistente e a apresentação do Questionário de Antecedentes Clínicos.

11.1.10 - 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;

11.1.11 - DECLARAÇÃO DE PARENTES, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);

11.1.12 - DECLARAÇÃO DE NÃO PENALIDADE, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);

11.1.13 - DECLARAÇÃO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);

11.1.14 - DECLARAÇÃO DE CARGO E EMPREGO, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);

11.1.15 - DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIO, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);

11.1.16 - TERMO DE COMPROMISSO SOLENE, preenchido em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);

11.1.17 - 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 enquadrarem qualquer das vedações previstas no Decreto Estadual nº 48.097/2020.

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 15/2021– Contratação Emergencial Calamidade Pública.

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 15/2021 – Contratação Emergencial Calamidade Pública, será divulgado exclusivamente na página eletrônica da FHEMIG – [www.fhemig.mg.gov.br](http://www.fhemig.mg.gov.br), Chamamento Público Emergencial nº15/2021,no dia **26 de fevereiro de 2021** partir das 17h00m.

12.4 - Os selecionados deverão comparecer, munidos da documentação exigida no item 11 desse Chamamento (incluindo o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO), no dia **02 de Março de 2021**,para a assinatura do contrato,que será feita pela **Coordenação Gestão de Pessoas – CGP** do Hospital Regional João Penido - HRJP, localizada na Avenida Juiz de Fora, Número 2555, Bairro Gama, Juiz de Fora - MG, CEP 36048-410, telefone (32)3691-9570, conforme dia e horário publicado no Resultado Final deste Chamamento. **Cabe a cada candidato convocado consultar e verificar o dia e horário em que deverá comparecer no endereço indicado.**

12.5 - A cópia dos documentos entregues pelo inscrito, independentemente da etapa ou finalidade a que se destina, não lhe será devolvida durante ou ao final deste Chamamento.

12.6 - O selecionado deverá se apresentar à Coordenação de Gestão de Pessoas – CGP do Hospital Regional João Pcnido, um dia após a assinatura do contrato, munido da Carta de Apresentação, que terá sido entregue no dia da assinatura do Contrato.

12.7 - A contratação decorrente deste Certame terá duração por tempo determinado de até 12(doze)meses,tal como previsto na autorização do Comitê de Orçamentoe Finanças – Ofício COFIN nº 0018, de 21 de janeiro de 2021.

12.8 – Na hipótes e de extinção da causa justificadora da contratação durante a vigência do contrato, este será rescindido nos termos previstos do inciso III do art. 16 da Lei 233.750, de 23 de dezembro de 2020,inciso III art. 12 do Decreto48.097, de 23 de dezembro de 2020.

12.9 - O **Anexo V**, 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.

**12.10 - O candidato deverá, imediatamente após a inscrição por meio da entrega do currículo padrão e dos documentos comprobatórios, providenciar os exames laboratoriais, às suas expensas, conforme descritos no item 10.1.1.1.3 e seus subitens, de forma a garantir o cumprimento, em tempo hábil, do prazo para assinatura do contrato, CASO SEJACONVOCADO.**

12.11 – Por se tratar de uma seleção emergencial, ao resultado dessaseleção não caberá recurso.

12.12- Candidatos classificados em Cadastro Reserva poderão ser convocados na medida em que surgirem novas vagas disponibilizadas pelo COFIN e que estiverem aptas ao provimento.



**ANEXOS**

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

**ANEXO II** – Quadro de Vagas e Vencimento 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, 22 de fevereiro de 2021.

Fábio Baccheretti Vitor  
Presidente da FHEMIG

**ANEXO I**  
**INSCRIÇÃO / CURRÍCULO PADRÃO**

1. \_\_\_\_\_ (coloque aqui sua função)

**CURRÍCULO PADRÃO**

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

**FORMAÇÃO ACADÊMICA**

> Graduação em \_\_\_\_\_ concluída na  
seguinte instituição de ensino:

> Data de conclusão do curso:

**CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA**

> 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 deAtividade:
- Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

#### **EXPOSIÇÃODEMOTIVOS**

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2021 \_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a)

DEVERÃO SER ANEXADOS A ESTE CURRÍCULO **TODOS** 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	24 horas	Médico Clínico	<b>01</b>
MED	III / A	24 horas	Médico Pediatra	<b>01</b>

**REMUNERAÇÃO POR CARGO\***

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

**A) MÉDICO - MED III – 24 horas semanais - R\$ 5.801,50 (cinco mil, oitocentos e um reais reais e cinquenta centavos).**

**ANEXO III**  
**QUADROS DE DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS/CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO E**  
**DESEMPATE**

**MED III – Médico Clínico**

<b>QUADRO I</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR FORMAÇÃO PROFISSIONAL</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	
Residência ou especialização em qualquer especialidade clínica.		30,00	
Participação em cursos, congressos na Especialidade clínica médica (cada item 2,5 – máximo 5,0)	5,0	5,0	
Aprovação em cursos de suporte avançado nos últimos 2 anos (ACLS, ATLS, MAVIT, SAVI, etc)	5,0	5,0	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>40,00</b>		
<b>QUADRO II</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO</b>			
Médico com residência médica ou título de especialista registrado no CRM ou Tempo de serviço prestado como médico clínico/hospitalista/plantonista clínico em instituição de saúde pública ou privada.	<b>MESES</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
	No mínimo 06 meses	12,0	
	07 a 12 meses	24,0	
	13 a 24 meses	36,0	
	25 a 36 meses	48,0	
	Mais de 37 meses	60,0	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO</b>			<b>60,00</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II</b>			<b>100,00</b>

**MED III – Médico Pediatra**

<b>QUADRO I</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR FORMAÇÃO PROFISSIONAL</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	
Residência ou Especialização ou Título de Especialista neonatologia		30,00	
Participação em cursos, congressos na especialidade neonatologia (cada item 2,5 – máximo 5,0)	5,0	5,0	
Aprovação em cursos de suporte avançado nos últimos 2 anos (ACLS, ATLS, MAVIT, SAVI, etc)	5,0	5,0	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>40,00</b>		
<b>QUADRO II</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO</b>			
Médico com residência médica ou título de especialista registrado no CRM ou Tempo de serviço prestado como médico neonatologista em instituição de saúde pública ou privada.	MESES	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
	No mínimo 06 meses	12,0	
	07 a 12 meses	24,0	
	13 a 24 meses	36,0	
	25 a 36 meses	48,0	
	Mais de 37 meses	60,0	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO</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. Candidato com maioria.



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

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 TEMPORÁRIO ABAIXO ESPECIFICADO NOS TERMOS DA LEI 23.750 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2020 E DECRETO N.º 48.097 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2020.

Pelo presente instrumento o melhor formado de direito, a FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG, inscrita no CNPJ sob o nº 19.843.929/0001-00, situada na Rodovia Papa João Paulo II, 4001 - Serra Verde, Belo Horizonte - MG, 31630-900, doravante denominada CONTRATANTE, representada pelo Sr. Diretor de Gestão de Pessoas, e o Sr. (a) XXXXXXXXXXXX, CI: XXXXXXXX CPF: XXXXXXXXXXXX, residente à XXXXXX, XXXXXXXX em XXXXXXXXXXXX denominado CONTRATADO TEMPORÁRIO, nos termos do inciso I do art. 3º da Lei 23.750 de 23 de dezembro de 2020 e do inciso I do art. 2º do Decreto n.º 48.097 de 23 de dezembro de 2020 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 TEMPORÁRIO à CONTRATANTE na Unidade XXXXXXXXXXXX – XXXX – 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 XX (XXX) meses, tendo início em XX/XX/202X.

Como contraprestação do serviço prestado o contratado receberá como remuneração ou vencimento básico o valor de R\$ X.XXX,XX (valor por extenso).

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

O CONTRATADO TEMPORÁRIO 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 18, de 21 de janeiro de 2021, Processo SEI Nº 2270.01.000XXXXX/2020-XX.

**CLÁUSULA QUINTA – observar como sairá na lei**

O presente contrato será rescindido, sem direito a indenizações:

- a) pelo término do prazo contratual;
- b) por iniciativa do contratado;
- c) por iniciativa da CONTRATANTE, quando da extinção da causa transitória justificadora da contratação; ou
- d) por descumprimento de cláusula contratual pelo contratado temporário, mediante procedimento administrativo disciplinar e garantida ampla defesa.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

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

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

No caso da extinção do contrato, nos termos da alínea “b” o contratado temporário deverá comunicar ao órgão, à autarquia ou à fundação contratante com antecedência mínima de trinta dias.

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

No caso da alínea “c”, compete à autoridade máxima do órgão, da autarquia ou da fundação contratante declarar imediatamente a extinção da causa transitória justificadora da contratação, considerando-se, a partir da data de comunicação ou da publicação da respectiva declaração,

rescindidos os contratos vigentes, desde que os contratados sejam comunicados com antecedência mínima de trinta dias.

**CLÁUSULA SEXTA**

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

**CLÁUSULA SÉTIMA**

Ao assinar o presente contrato o CONTRATADO TEMPORÁRIO declara, sob as penas da Lei, que não possui vínculo funcional com instituições do Poder Público que venha incorrerem acumulação vedada por lei.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – Na vigência do contrato, ocorrendo a hipótese do CONTRATADO TEMPORÁRIO passar a ter vínculo permanente com o Poder Público, o presente contrato será rescindido, salvo nos casos dos cargos constitucionalmente permitidos a acumular constante no inciso XVI do artigo 37 da Constituição Federal de 1988.

**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 dirimir 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 XXXXXX de 2021.

Leonan Felipe dos Santos  
Diretor de Gestão de Pessoas

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Diretor Hospitalar

---

Contratado(a) - CPF

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? (Cite 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 quantotempo? \_\_\_\_\_

09 – É etilista (consome bebida alcoólica)? ( ) Não ( ) Sim. Quantidade: \_\_\_\_\_  
Frequência: \_\_\_\_\_

10 – Apresenta ou já apresentou o diagnóstico de Depressão, Ansiedade, esgotamento nervoso, tentativas de suicídio ou quaisquer outras?

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

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

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

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

Qual(is)? \_\_\_\_\_

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

Qual(is)? \_\_\_\_\_

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

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

15 – Apresenta ou já apresentou alguma doença não 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: \_\_\_\_\_,  
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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021  
LOCAL DATA

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante

(Anexo I do Decreto 47.901 de 31 de março de 2021.)





