

CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 23/2021
Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19

A Presidente da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais **TORNA PÚBLICO** que estará aberto o Chamamento Público Emergencial nº 23/2021, a partir das **08h00min (conforme horário de Brasília) do dia 19 de março de 2021 até as 17h00min (conforme horário de Brasília) do dia 22 de março de 2021**, por meio do recebimento de inscrições conforme estabelecido no teor deste Chamamento, para desempenho de atividades funcionais no **Hospital João XXIII - HJXXIII**, da rede FHEMIG, para **atuarem nos leitos de terapia intensiva ou internação destinados aos pacientes com sintomas de COVID-19**. 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**, autorizada por meio do Ofício COFIN nº 295/2020, de 15 de abril 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 do art. 3º da Lei 23.750 de 23 de dezembro de 2020, 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 48.097 de 23 de dezembro de 2020 – inciso I do art. 2º.

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

2.1 Função de **TÉCNICO DE ENFERMAGEM – (PENF II)**:

Comprovante de 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 de 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.

3 DAS INSCRIÇÕES

3.1 As inscrições deverão ser feitas partir das 08h00min do dia 19 de março de 2021 até as 17h00min do dia 22 de março de 2021.

3.2 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 Quadro de Distribuição de Pontos do **Anexo III**, bem como comprovação das informações prestadas no **Currículo Padrão** constante no **Anexo I**, para o seguinte endereço de e-mail:

- pss.hjxxiii@fhemig.mg.gov.br

3.3 O **Currículo Padrão** que consta no **Anexo I** deve ser **impresso, preenchido e assinado pelo candidato**, e encaminhado juntamente com a documentação comprobatória do Pré- Requisito e das Informações Curriculares.

3.4 O e-mail deverá ter o **Título: “Inscrição no Chamamento Público Emergencial nº 23/2021 para a Função de Técnico de Enfermagem.”**

3.5 As inscrições enviadas fora do período estabelecido no item 3.1 deste Chamamento, serão automaticamente excluídas desta Seleção;

4 As informações sobre carga horária, função, remuneração/vencimento básico e vagas ofertadas encontram-se no **Anexo II**.

5 Os candidatos que **não encaminharem a documentação comprobatória do Pré-Requisito e o Currículo Padrão**, constante no **Anexo I**, devidamente preenchido e assinado, estarão automaticamente **excluídos do processo**.

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

7 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.

8 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.

9 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 - **Chamamento Público Emergencial nº 23/2021– Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19.**

10 O resultado da classificação, a agenda do exame pré-admissional e a convocação dos selecionados para assinatura do contrato, no **Chamamento Público Emergencial nº 23/2021 – Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19**, será divulgado **exclusivamente na página eletrônica da FHEMIG** – www.fhemig.mg.gov.br, link como ingressar na Fhemig ► Chamamento Público Emergencial nº 23/2021, em **24 de março de 2021**, a partir das 17h00min.

11 Por se tratar de uma seleção emergencial, do resultado desta seleção **não caberá recurso.**

12 Candidatos classificados em Cadastro Reserva, poderão ser convocados na medida em que surgirem novas vagas disponibilizadas pelo COFIN.

13 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, de 15 de abril de 2020.

14 Na hipótese de extinção da causa justificadora da contratação durante a vigência do contrato, este será rescindido nos termos previstos no inciso III do art. 16 da Lei 23.750 de 23 de dezembro de 2020 e inciso III do art. 12 do Decreto 48.097 de 23 de dezembro de 2020.

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 a inscrição por meio da entrega do currículo padrão e dos documentos comprobatórios, providenciar os exames laboratoriais, conforme descritos no item 17.1.2.3 e seus subitens, de forma a garantir o cumprimento, em tempo hábil, do prazo para assinatura do contrato, **CASO SEJA CONVOCADO.**

17 DO EXAME MÉDICO PRÉ-ADMISSIONAL

17.1- O selecionado convocado para assinatura de Contrato Administrativo deverá se submeter a exame médico pré-admissional, na forma abaixo indicada:

17.1.1- Comparecer a MEDWORK, situada na Av. Amazonas nº 2285, Santo Agostinho, no dia **25 de março de 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.

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

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

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

17.1.2.3 - Resultado dos seguintes exames laboratoriais, **realizados a expensas do candidato:**

17.1.2.3.1 - Hemograma completo, com contagem de plaquetas;

17.1.2.3.2 - Glicemia de jejum;

17.1.2.3.3 - Urina rotina;

17.1.2.3.4 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);

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

17.1.4 Os exames descritos nos subitens 17.1.2.3.1, 17.1.2.3.2, 17.1.2.3.3 e 17.1.2.3.4 somente serão aceitos se realizados no prazo máximo de 90 (noventa) dias anteriores à data de marcação da perícia médica.

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

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

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

17.2 - O candidato poderá substituir o **Atestado de Saúde Ocupacional (ASO)** emitido pela **MEDWORK** nos termos do item 17.1.1 e subitens por um **Atestado de Saúde Ocupacional** emitido por **médico assistente** e a apresentação do **Questionário de Antecedentes Clínicos**, constante no **Anexo V**.

18 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.

19 DA CONTRATAÇÃO

19.1 - Os candidatos selecionados deverão se apresentar para fins de

assinatura e celebração do Contrato Administrativo, na **Coordenação de Gestão de Pessoas do Hospital João XXIII** – (Av. Professor Alfredo Balena, 400, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG, telefone (31) 3239-9361), Belo Horizonte - MG, conforme dia e horário publicado no Resultado Final deste Chamamento, munidos obrigatoriamente, dos documentos abaixo, de cópia reprográfica simples, acompanhada dos originais, ou autenticada em cartório:

- a) todos os documentos comprobatórios dos pré-requisitos conforme estabelecido no item 2 e seus subitens;
- 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 candidato;
- 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**;
- j) **DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES**, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante;
- 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.

19.2 - 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:

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

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

19.2.3- 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.

19.3 O selecionado deverá se apresentar à **Coordenação de Gestão de Pessoas do Hospital João XXIII – HJXXIII**, em **01 (um) dia**, imediatamente após a assinatura do Contrato Administrativo munido de cópia de todos os documentos

pessoais, e da Carta de Apresentação que será entregue no dia da assinatura do Contrato.

19.4 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.

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, ressaltando 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, ressaltando 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;

20.4 - Estará impedido de assinar o contrato, e automaticamente desclassificado, o selecionado que **deixar de apresentar** qualquer um dos documentos elencados nas alíneas do **item 19** deste **Chamamento Público**, ou se enquadrar em qualquer das vedações previstas no Decreto Estadual nº 48.097 de 23 de dezembro de 2020.

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

ANEXOS

ANEXO I – Inscrição / Currículo Padrão;

ANEXO II – Quadro de Vagas e Remuneração/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, 17 de março de 2021.

Renata Ferreira Leles Dias

Presidente da FHEMIG

ANEXO I
INSCRIÇÃO / CURRÍCULO PADRÃO

CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL FHEMIG Nº 23/2021
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

CURRICULO PADRÃO

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

FORMAÇÃO ACADÊMICA

Curso de educação profissional, correspondente à área de **Técnico de Enfermagem** concluído 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.

____/____/2021

ASSINATURA DO CANDIDATO

IMPORTANTE:

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

ANEXO II

QUADRO DE VAGAS / REMUNERAÇÃO E VENCIMENTO BÁSICO

Cargo Nível / Grau	Carga Horária Semanal	Função	Nº de vagas
PENF II/A	40 horas	Técnico de Enfermagem	03

REMUNERAÇÃO POR CARGO*

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

A) **Técnico de Enfermagem – PENF II – 40 horas/semanais** - R\$ 1.755,96 (um mil e setecentos e cinquenta e cinco reais e noventa e seis centavos);

ANEXO III
QUADROS DE DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS

Profissional de Enfermagem – PENF II – Técnico de Enfermagem

QUADRO I			
PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO PRESENCIAL NO ATENDIMENTO DE PACIENTES	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	
*Curso com carga horária até 08 horas	1	15	
*Curso com carga horária maior do que 09 horas até 20 horas.	5		
*Curso com carga horária acima de 20 horas	9		
PONTUAÇÃO MÁXIMA			15
QUADRO II			
PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 05 ANOS			
Experiência de Exercício como Técnico de Enfermagem em Clínica Médica, Cuidados Intensivos e Urgência e Emergência em Âmbito Hospitalar	ANO(S)	PONTOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA
	1	25	85
	2	40	
	3	55	
	4	70	
	5 ou mais	85	
PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO NOS ÚLTIMOS 05 ANOS			85,00
PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II			100,00

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

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 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 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 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: XXXXXXXXX, residente à XXXXXXX, 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 do Hospital João XXIII – HJXXIII - 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 XXX (por extenso) dias, tendo início em XX/XX/202X.

CLÁUSULA TERCEIRA

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 XXXX/2020, de XX/XX/2020, Processo SEI Nº 2270.01.00027925/2020-34.

CLÁUSULA QUINTA

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

A extinção do contrato, nos termos da alínea "b" será precedida de comunicação e competirá 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.

PARÁGRAFO TERCEIRO

A extinção do contrato, nos termos da letra "c", será precedida de comunicação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sendo devidos ao contratado temporário 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.

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 incorrer em 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 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 março de 2021.

Leonan Felipe dos Santos
Diretor de Gestão de Pessoas

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Diretor Hospitalar

Contratado(a) Temporário - 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 freqüência 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 I do Decreto 47.901 de 31 de março de 2020)

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 possuo restrição de atividade laboral ou ajustamento
funcional.

_____, _____ de _____ de _____
LOCAL DATA

Assinatura do Declarante

(Anexo I do Decreto 47.901 de 31 de março de 2020)