

**CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 59/2021**  
**Hospital Regional João Penido - HRJP**  
**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 59/2021, **a partir das 08h00min (conforme horário de Brasília) do dia 11 de junho de 2021 até as 17h00min (conforme horário de Brasília) do dia 16 de junho 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, para atuarem nos leitos de terapia intensiva 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 0295/2020, de 15 de abril de 2020 e Ofício COFIN nº 0671/2020, de 07 de julho 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 como 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. Para a função de **MÉDICO GENERALISTA (MED I)**:

Comprovação de conclusão do curso de graduação de nível superior em **Medicina**, concluído em instituição de ensino reconhecida pelos sistemas federal ou pelos sistemas estaduais de ensino, e pelo MEC, e **registro no Conselho Regional de Medicina do**

**Estado de Minas Gerais - CRM- MG.** Os candidatos devem também comprovar possuir **experiência em qualquer tipo de atendimento em Urgência e Emergência (UTI,UPA, SAMU,HOSPITAIS...).**

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

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

### 3. DAS INSCRIÇÕES

3.1 - 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 2e as Informações Curriculares**, conforme descrito no Quadro de Distribuição de Pontos do **Anexo III**, para o e-mail **pss.hrjp@fhemig.mg.gov.br**, a partir das **08h00min do dia 11 de junho de 2021 até as 17h00min do dia 16 de junho de 2021.**

3.1 A **Ficha de Inscrição** que consta no **Anexo I** deve ser **impressa, preenchida e assinada pelo candidato**, e encaminhada juntamente com a documentação comprobatória do Pré- Requisito e das Informações Curriculares.

3.2 O e-mail deverá ter o **Título: “Inscrição no Chamamento Público Emergencial nº 59/2021 para a Função de Médico Generalista ou Médico Especialista”.**

3.3 Os candidatos deverão informar no e-mail de inscrição para qual carga horária estão se inscrevendo (12 horas ou 24 horas).

3.4 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 Anexoll.

5. Os candidatos que **não encaminharem a documentação comprobatória do Pré-Requisito e Ficha de Inscrição**, constante no **Anexo I**, devidamente preenchida e assinada, estarão automaticamente **excluídos do processo**.

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

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

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](http://www.fhemig.mg.gov.br) – Chamamento Público Emergencial nº 59/2021– 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 59/2021 – Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19, será divulgado **exclusivamente na página eletrônica da FHEMIG**– [www.fhemig.mg.gov.br](http://www.fhemig.mg.gov.br), link como

ingressar na Fhemig ► Chamamento Público Emergencial nº 59/2021, em **18 de junho de 2021**, a partir das 17h00m.

10.1–Os selecionados deverão comparecer no dia **23 de junho de 2021**, no local indicado no subitem 17.1, para o exame médico pré-admissional munidos das documentações e resultados de exames previstos nos subitens do item 17.

10.2–Os selecionados deverão comparecer, munidos da documentação exigida no item 19 e seus subitens, no dia **23 de junho de 2021**, após a realização do exame pré-admissional, para a assinatura do contrato, que será feita na Coordenação de Gestão de Pessoas (CGP) do **Hospital Regional João Penido – HRJP**, localizado na Rua Maria Freguglia da Silva, nº 01 – Bairro: Gramma – Juiz de Fora/MG, CEP: 36048-000, das 07h30m às 11h30m e das 13h30m às 16h00m - A cópia dos documentos entregues pelo inscrito, independentemente da etapa ou finalidade a que se destina, não lhe será devolvida durante ou ao final do PSS.

11. Por se tratar de uma seleção emergencial, ao 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 e Ofício COFIN nº 0671 de 07 de julho 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 da ficha de inscrição e dos documentos comprobatórios, providenciar os exames laboratoriais, conforme descritos no subitem 17.5, 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, sob responsabilidade da Gerência de Saúde e Segurança do Trabalhador-GSST da Contratante: **SESMT – localizado no Hospital Regional João Penido** na Rua Maria Freguglia da Silva, nº 01 – Bairro: Gramma – Juiz de Fora/MG, CEP: 36048-000, por meio do qual serão avaliadas as condições de saúde física e mental para o exercício da função, oportunidade em que será emitido o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO.

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

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

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

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

17.5.1 – Hemograma completo, com contagem de plaquetas;

17.5.2 – Glicemia de jejum;

17.5.3 – Urinarotina;

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

**Responsabilidade** para entrega posterior do resultado, disponibilizado pela GSST);

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

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

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

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

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

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

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

18. 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 apresentar para fins de **assinatura e celebração do Contrato Administrativo, obrigatoriamente**, por meio de cópia reprográfica simples, acompanhada dos originais, ou autenticada em cartório, os

seguintes documentos:

- a) todos os documentos comprobatórios dos pré-requisitos conforme estabelecido no item 2 e seus subitens, de acordo com a função para a qual está concorrendo;
- b) documento de identidade, ou equivalente, com fotografia, reconhecido legalmente em todo o território nacional, de forma a comprovar ser brasileiro ou gozar das prerrogativas legais correspondentes e ter a idade mínima de 18 anos;
- c) título de eleitor e comprovante de votação na última eleição – primeiro e segundo turnos (quando houver). Caso não tenha o comprovante de votação, será aceito o título de eleitor acompanhado da certidão de quitação eleitoral emitido pela Justiça Eleitoral ou pelo site do TRE. **NÃO SÃO ACEITOS comprovantes de justificativa eleitoral;**
- d) cadastro nacional de pessoas físicas – CPF;
- e) certificado de reservista ou de dispensa de incorporação, se masculino;
- f) comprovante de endereço atualizado (dos últimos 90 dias) e em nome do 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 abril de 2020 c/cart.2º da Deliberação nº 4, de 17 de abril 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 nº 113, de 12 de abril 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 Regional João Penido – HRJP, 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, ressalvando o direito de permanecer em seu exato lugar da fila de classificação e podendo assinar o contrato quando ultrapassado tal período, caso ainda remanesça vaga;

20.2-Estará impedido de assinar o contrato e de iniciar suas atividades pelo período de sete dias o candidato que, no momento da convocação, declarar que esteve em contato com pessoas contaminadas pela doença infecciosa COVID-19, contudo não revelar sintomas característicos da doença, ressalvando o direito de permanecer em seu exato lugar da fila de classificação e podendo assinar o contrato quando ultrapassado tal período, caso ainda remanesça vaga;

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

20.4- 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** – Ficha de Inscrição;

**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, 09 de junho de 2021.

**Leonan Felipe dos Santos**

**Diretor de Gestão de Pessoas da FHEMIG**

**ANEXO I**

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

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

NomeCompleto:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

**Declaro estar ciente das informações contidas do Edital de Chamamento Público Emergencial nº 59/2021 – Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19 e seus Anexos.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2021

---

(assinatura do (a) candidato(a))

**ANEXO II**

**QUADRO DE VAGAS / REMUNERAÇÃO E VENCIMENTO BÁSICO**

<b>Cargo</b>	<b>Nível /Grau</b>	<b>Carga Horária/Semanal</b>	<b>Função</b>	<b>Quantitativo de Vagas</b>	<b>Remuneração*</b>
MED	I /A	12horas	Médico	5vagas	R\$3.500,00
MED	III /A	12horas	Médico	3vagas	R\$4.595,02
MED	III /A	24horas	Médico	2vagas	R\$9.000,00

**REMUNERAÇÃO POR CARGO\***

Conforme Decreto 48.004/2020:

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

- A) **MÉDICO – MED I – 12 Horas / semanais R\$ 3.500,00** (Três mil e quinhentos reais)
- B) **MÉDICO–MEDIII–12Horas/semanaisR\$4.595,02**(Quatro mil e quinhento se noventa e cinco reais e dois centavos).
- C) **MÉDICO–MEDIII–24Horas/semanaisR\$9.000,00**(Nove mil reais)

**ANEXO III**

**INFORMAÇÕES CURRICULARES - QUADROS DE DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS**

**MÉDICO – CARGO MED – NÍVEL I – GRAU A**

<b>QUADRO I</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR TREINAMENTOS, CURSOS DE CAPACITAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E ESPECIALIZAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	
Residência Médica em andamento (mínimo de 12 meses cursados)	20,0	20,0	
Aprovação no ACLS nos últimos 2 anos	10,0	10,0	
Participação em cursos e/ ou congressos na área de Medicina Intensiva e de Urgência e Emergência (cada item 5,0 – máximo 10,0)	5,0	10,0	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>40,0</b>		
<b>QUADRO II</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO</b>			
	<b>MESES</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
Tempo de experiência prestado como Médico em qualquer tipo de atendimento em Urgência e Emergência (UTI, UPA, SAMU, HOSPITAIS...)	Até 3 meses	12,0	60,0
	4 a 6 meses	24,0	
	7 a 9 meses	36,0	
	10 a 12 meses	48,0	
	Mais de 12 meses	60,0	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO</b>			<b>60,0</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DOS QUADROS I E II</b>			<b>100,00</b>

**MÉDICO – CARGO MED – NÍVEL III – GRAU A**

<b>QUADRO I</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR TREINAMENTOS, CURSOS DE CAPACITAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E ESPECIALIZAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	
Residência Médica concluída em Medicina Intensiva	20,0	20,0	
Aprovação no ACLS nos últimos 2anos	10,0	10,0	
Participação em cursos e/ ou congressos na área de Medicina Intensiva e de Urgência e Emergência (cada item 5,0 – máximo 10,0)	5,0	10,0	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>40,0</b>		
<b>QUADRO II</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO</b>			
	<b>MESES</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
Tempo de experiência prestado como Médico em qualquer tipo de atendimento em Urgência e Emergência (UTI, UPA, SAMU, HOSPITAIS...)	Até 3 meses	12,0	60,0
	4 a 6 meses	24,0	
	7 a 9 meses	36,0	
	10 a 12 meses	48,0	
	Mais de 12 meses	60,0	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO</b>			<b>60,0</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DOS QUADROS I E II</b>			<b>100,00</b>

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

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

## ANEXO IV

### Minuta do 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 TEMPORÁRIO ABAIXO ESPECIFICADO NOS TERMOS DA LEI Nº 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, 3777 - Serra Verde, Belo Horizonte - MG, CEP nº 31630-901, Capital, doravante denominada CONTRATANTE, representado pelo Sr. Diretor de Gestão de Pessoas, e o(a) Sr.(a) **XXXXXXXXXXXXX**, IDENTIDADE MG – X.XXX.XXX, CPF nº XXX.XXX.XXX-XX, residente à RUA XXXXXXXXXXXXI, Nº XXX, BAIRRO : XXXXXXXX, CIDADE: XXXXXXXXXXXX, CEP nº XX.XXX.XXX, denominado CONTRATADO TEMPORÁRIO, nos termos do inciso I do art. 3º da Lei nº 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 de **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, com Carga Horária semanal de **XX horas**, a serem executados pelo CONTRATADO TEMPORÁRIO à CONTRATANTE na unidade **HOSPITAL XXXXXXXXXXXXXXXX**.

#### 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 (dias escrito por extenso) dias, tendo início em XX/XX/2021.

#### CLÁUSULA TERCEIRA

Como contraprestação do serviço prestado o contratado receberá a título de vencimento básico o valor de **R\$ X.XXX,XX** (valor escrito por extenso).

#### PARÁGRAFO PRIMEIRO

O CONTRATADO TEMPORÁRIO poderá ainda fazer jus a gratificações, prêmios e/ou adicionais, quando autorizados em legislação.

#### CLÁUSULA QUARTA

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;
- d) por descumprimento de cláusula contratual pelo contratado, mediante procedimento administrativo disciplinar e garantida a ampla defesa.

#### PARÁGRAFO PRIMEIRO

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

#### PARÁGRAFO SEGUNDO

A extinção do contrato, nos termos da letra “b”, 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.

#### PARÁGRAFO TERCEIRO

A extinção do contrato, nos termos da alínea "c" 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.

#### CLÁUSULA QUINTA

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

#### PARÁGRAFO ÚNICO

É facultada ao CONTRATADO TEMPORÁRIO a assistência médica, hospitalar e odontológica prestada pelo Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais - IPSEMG, a qual será custeada por contribuição do CONTRATADO, com alíquota de 3,2% (três vírgula dois por cento), a ser descontada da remuneração de contribuição, nos termos do regulamento daquela autarquia.

#### CLÁUSULA SEXTA

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 de acumulação permitida em lei.

#### CLÁUSULA SÉTIMA

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 TEMPORÁRIO e a CONTRATANTE.

#### CLÁUSULA OITAVA

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, quarta-feira, XX de XXXXXXXX de 2021.

\_\_\_\_\_  
Leonan Felipe dos Santos  
Diretor de Gestão de Pessoas

\_\_\_\_\_  
(nome do Diretor da Unidade)  
Diretor da Unidade

\_\_\_\_\_  
(nome do Contratado Temporário)  
Função

#### TESTEMUNHAS:

1. Nome:

CPF:

Endereço:

2. Nome:

CPF:

Endereço:

**ANEXOV**

**QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS**

NOME: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ SEXO:  F  M

IDADE: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_

MASP(setiver): \_\_\_\_\_

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 relacionamentofamiliar		
Dificuldade no relacionamentointerpeçoal		
Nervosismo		
Pressãoalta		
Falta dear		
Tosse		
Suornoturno		
Dor nasarticulações		
Dor nacoluna		
Ansiedade		
Tristeza		
Desconfiança		
Outros problemas que não estão relacionadosacima		

02 –Fazusodemedicaçãodeusocontínuoucontrolado? ( )Não( )Sim.

Quais?(Citartodos,inclusiveadosagem). \_\_\_\_\_

03 –Faz,oujáfaz,algumcontrolemedicoespecífico(oncológico,cardiológico,neurológico, endocrinológico, pneumológico,outro)? ( ) Não ( ) Sim.Qual(is)? \_\_\_\_\_

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

( ) Não ( ) Sim.Qual(is)? \_\_\_\_\_

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

Tipo(s)? \_\_\_\_\_

06 -Jáseafastoudotrabalhopormotivodeordemmedicaemqualquerinstância(municipal, estadual ouINSS)?( ) Não ( ) Sim.Qual? \_\_\_\_\_ Porquaisperíodos? \_\_\_\_\_

Porquaismotivos? \_\_\_\_\_

07 -Apresentaoujáapresentouproblemadeaudiçãoouvisão?

( ) Não ( ) Sim.Qual(is)? \_\_\_\_\_

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

Háquantotempo? \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_Frequência: \_\_\_\_\_

10 –Apresentaoujáapresentoudoençapsiquiátrica(Depressão,Ansiedade,esgotamentonervoso, tentativas de suicídio ou quaisqueroutras)?

( ) 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 de disposto no art. 299, do Código Penal Brasileiro, 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 abril 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  
posso restrição de atividade laboral ou ajustamento funcional.

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

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

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