FHEMIG
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 26/2022

Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19

A Diretoria de Gestão de Pessoas da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, no uso de suas atribuições, torna público que estará aberto o Chamamento Público Emergencial Nº 26/2022, a partir das 17h00min (conforme horário de Brasília) do dia 28 de março de 2022, até às 08h00min do dia 18 de abril de 2022,por meio do recebimento de inscrições conforme estabelecido no teor deste Chamamento, para desempenho de atividades funcionais no Hospital Regional Antônio Dias - HRAD, da rede FHEMIG, para atuarem nos leitos de terapia intensiva destinados a 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 006/2022, de 12 de janeiro de 2022.

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 II do art. 3º da Lei 23.750 de 23 de dezembro de 2020, por tempo determinado de até 180 (cento e oitenta) 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 II 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 Especialista – Nível III: curso de graduação de nível superior em Medicina concluído em instituição de ensino reconhecida pelos sistemas federal ou estaduais de ensino e devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - CRM-MG, ACUMULADO com Certificado de Conclusão da Residência Médica ou Título de Especialidade Médica emitido pela Associação Médica Brasileira – AMB (original e cópia), nos termos da Resolução CFM nº 1.845/2008, publicada em 17/07/2008, PREFERENCIALMENTE em Infectologia, Terapia Intensiva ou Clínica Médica, devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina do Estadode Minas Gerais - CRM-MG.

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 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 e-mail pss.hrad@fhemig.mg.gov.br, a partir das 17h00min do dia 28 de março de 2022 até as 08h00min do dia 18 de abril de 2022.

3.1.2. 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.

3.1.3. O e-mail deverá ter o Título: “Inscrição para o Chamamento Público Emergencial 26/2022 para a Função de Médico”.

3.1.4. As inscrições enviadas fora do período estabelecido no item 3.1, serão automaticamente excluídas desta seleção.

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

3.1.6. 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.

3.1.7. Os critérios de classificação e desempate estão estabelecidos no ANEXO III deste chamamento.

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

3.1.9. Responde o inscrito, neste Chamamento Público Emergencial, pela veracidade do conteúdo das informações que apresentar, respondendo civil, criminal e/ou administrativamente em caso de falsidade ou inconsistência das informações.

3.2. É de inteira e exclusiva responsabilidade do inscrito no referido Chamamento Público Emergencial, 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 26/2022 – Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19.

3.2.1. O resultado da classificação, a agenda do exame pré-admissional e a convocação dos selecionados para assinatura do contrato, no Chamamento Público Emergencial 26/2022 – 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 26/2022, em 18 de abril de 2022.

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

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

3.2.4. A contratação decorrente deste Certame terá duração por tempo determinado de até 180 (cento e oitenta) dias, tal como previsto na autorização do Comitê de Orçamento e Finanças – Ofício COFIN nº 006, de 12 de janeiro de 2022.

3.2.5. O ANEXO IV, se refere à 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.

3.2.6. O candidato deverá, imediatamente após a inscrição e por meio da entrega do currículo padrão e dos documentos comprobatórios, providenciar os exames laboratoriais conforme descritos no item 4.1.2 e seus subitens, de forma a garantir o cumprimento, em tempo hábil, do prazo para assinatura do contrato, caso seja convocado.

4. DO EXAME MÉDICO PRÉ-ADMISSIONAL

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

4.1.1. Comparecer ao setor de Perícia Médica, Saúde e Segurança do Trabalhador (PMSST) do Hospital Regional Antônio Dias – HRAD – Rua Major Gote, 1231, Centro, Patos de Minas - MG, no dia e horário publicados na convocação, 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.

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

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

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

4.1.2.3. Resultado dos seguintes exames laboratoriais, realizados a expensas do candidato;

4.1.2.4. Hemograma completo, com contagem deplaquetas;

4.1.2.5. Glicemia de jejum;

4.1.2.6. Urina rotina;

4.1.2.7. 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 PMSST).

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

4.1.4. Os exames descritos no item 4.1.2 e seus subitens somente serão aceitos se realizados no prazo máximo de 90 (noventa) dias anteriores à data de marcação da perícia médica.

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

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

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

4.1.8. O candidato poderá substituir o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) emitido pelo setor de Perícia

Médica, Saúde e Segurança do Trabalhador (PMSST) do Hospital Regional Antônio Dias nos termos do item 4.1.1 e subitens por um Atestado de Saúde Ocupacional emitido por médico assistente e a apresentação do Questionário de Antecedentes Clínicos, constante no ANEXO V.

5. DA CONTRATAÇÃO

5.1. Os candidatos selecionados e convocados deverão se apresentar para fins de assinatura e celebração do Contrato Administrativo, na Coordenação de Gestão de Pessoas, localizado no Hospital Regional Antônio Dias - HRAD, situado na Rua Major Gote, 1231, Centro, telefone (34) 3818- 6073, no horário das 08h00min às 17h00min, conforme dia e horário publicado na Convocação deste Chamamento, munidos obrigatoriamente, dos documentos abaixo, de cópia reprográfica simples, acompanhada dos originais, ou acompanhada de cópia reprográfica autenticada em cartório:

a) todos os documentos comprobatórios dos pré-requisitos conforme estabelecido no item 2 e seus subitens, de acordo com a função para a qual estáconcorrendo;

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, semasculino;

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 fornecidopela 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 fornecidopela contratante;

p) TERMO DE COMPROMISSO SOLENE, preenchido em formulário próprio fornecido pela contratante.

5.2. O selecionado deverá se apresentar à Coordenação de Gestão de Pessoas do Hospital Regional Antônio Dias – HRAD, 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.

5.3. 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.

6. DOS IMPEDIMENTOS

6.1. Estará impedido de assinar o contrato e de iniciar suas atividades pelo período de 14 (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.

6.2. Estará impedido de assinar o contrato e de iniciar suas atividades pelo período de 07 (sete) dias o candidato que, no momento da convocação, declarar que esteve em contato com pessoas contaminadas pela doença infecciosa COVID-19, sem contudo 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 remanesçavaga.

6.3. Estará impedido de assinar o contrato, e automaticamente desclassificado, o selecionado que deixar de apresentar qualquer um dos documentos elencados nas alíneas do item 5.1 deste Chamamento, ou se enquadrar em qualquer das vedações previstas no Decreto Estadual nº 48.097 de 23 de dezembro de 2020.

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

6.5. Estarão impedidas de assinar o contrato e automaticamente desclassificadas as profissionais que estejam declaradamente em estado gravídico (Anexo VI), uma vez que a natureza das atividades a serem executadas pelos profissionais a serem contratados pelo presente Regulamento, se darão na modalidade exclusivamente presencial, por se tratar de área finalística e de natureza médico-hospitalar, corroborando com o entendimento constante na Orientação SEPLAG/SUGESP nº 03/2021.

FHEMIG
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

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 Hospitalardo Estado de Minas Gerais e o Contratado Temporário.

ANEXO V - Questionário de Antecedentes Clínicos.

ANEXO VI – Declaração de Estado Gravídico

Belo Horizonte, 28 de Março de 2022.

Ana Costa Rego

Diretoria de Gestão de Pessoas

ANEXO I

INSCRIÇÃO /CURRÍCULO PADRÃO

CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL FHEMIG Nº 26/2022

1. PARA A FUNÇÃO DE MÉDICO:

FHEMIG FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS	**CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL FHEMIG Nº 26/2022 Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19**	
Local e data	Médico Avaliador	Resultado da avaliação
CURRÍCULO PADRÃO FHEMIG		Para uso da Unidade
OBS: FAVOR PREENCHER TODOS OS CAMPOS (NÃO SERÁ ACEITO CURRÍCULO COM PREENCHIMENTO INCOMPLETO)		
I – FUNÇÃO PRETENDIDA / MUNICÍPIO/UNIDADE		
Município: Patos de Minas	Unidade: HRAD	N° de inscrição no CRMMG:
Especialidade que concorre:		
II – INFORMAÇÕES PESSOAIS		
Nome completo: _ Sexo:( ) Feminino ( ) Masculino Data de nascimento: dd/mm/aaaa Idade: Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Outros Endereço (Rua, Av.): _ Complemento:_____ Bairro:_____ Cidade:		

Estado: CEP:_____

Telefone fixo: ( ) _____

Telefone celular: ( )_____

Telefone recado: ( ) _____

E-mail:

III – ESCOLARIDADE/ FORMAÇÃO ACADÊMICA

Curso superior de Medicina concluído: Mês: mm Ano: aaaa
Instituição de Formação:

Residência Médica em andamento (mínimo 12 meses) naespecialidade:
Previsão de conclusão: em: Mês: mm Ano: aaaa
Instituição de Formação:

Residência Médica concluída com registro no CRMMG naespecialidade: Data de Conclusão: Mês: mm Ano: aaaa
Instituição de Formação:

Segunda Residência Médica concluída com registro no CRMMG naespecialidade: Data de Conclusão: Mês: mm Ano: aaaa
Instituição de Formação:

Título de especialista concedido pela Sociedade:
Data da Concessão do Título: Mês: mm Ano: aaaa

Mestrado concluído em: Mês: mm Ano: aaaa
Instituição de Formação:

Doutorado concluído em: Mês: mm Ano: aaaa
Instituição de Formação:

IV – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Carga horária semanal disponível: ( ) 12 horas ( ) 24 HORAS

Preferência de horário: ( ) Diurno ( ) Noturno ( ) Não tenho

Disponibilidade Semanal:
( )2ª F ( )3ª F ( )4ª F ( )5ª F ( )6ª F ( )Sab ( )Dom

FHEMIG
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Já trabalhou na FHEMIG? ( ) Sim ( ) Não. Em qual Unidade? _____

Em qual período?_____

Trabalhou como Contrato? ( ) Sim ( ) Não . Qual a data do desligamento:

_____

Motivo dasaída: _____

V – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

1. ATUAIS

( ) Não possui ( ) sim

Área de atuação	**Tempo de atuação (meses)**	**Carga Horária Semanal**	**Tipo de vínculo**
			Público
			Privado
			Outros; especificar:

2. ANTERIORES

( ) Não possui ( ) Sim

Área de atuação	**Tempo de atuação (meses)**	**Carga Horária Semanal**	**Tipo de vínculo**
			Público
			Privado
			Outros; especificar:

DECLARO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES CONSTANTES NESTE CURRÍCULO SÃO VERDADEIRAS E AUTORIZO A FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG A VERIFICÁ-LAS.

Patos de Minas,_____de_____de 2022.

IMPORTANTE:

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

FHEMIG
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

ANEXO II

QUADRO DE VAGAS E REMUNERAÇÃO POR CARGO

Cargo	Nível / Grau	Carga Horária/ Semanal	Função	Quantitativo de Vagas	Remuneração
MED	III / A	12 horas	Médico	1	R$ 2.995,77
MED	III / A	24 horas	Médico	2	R$ 5.801,50

REMUNERAÇÃO POR CARGO

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

*Conforme Decreto 48.004, de 06 de julho de 2020.

MÉDICO - MED III – 12 horas semanais - R$ 2.995,77 (Dois mil, novecentos e noventa e cinco reais e setenta e sete centavos).

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

FHEMIG
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

ANEXO III

QUADROS DE DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS

MÉDICO ESPECIALISTA – CARGO MED – NÍVEL III – GRAU A

INFECTOLOGIA, TERAPIA INTENSIVA, CLÍNICA MÉDICA

<table>
<tr><th colspan="5">QUADRO I</th></tr>
<tr><th colspan="3">PONTUAÇÃO POR TREINAMENTOS, CURSOS DE CAPACITAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E ESPECIALIZAÇÃO</th><th>PONTUAÇÃO</th><th>PONTUAÇÃO MÁXIMA</th></tr>
<tr><td colspan="3">Residência ou Especialização em Nefrologia, Cardiologia, Reumatologia e Pneumologia registrada no CRM/MG.</td><td>20,0</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">Participação em cursos, congressos na especialidade de infectologia e Terapia Intensiva (cada item 2,5 – máximo 5,0)</td><td>5,0</td></tr>
<tr><td colspan="3">Aprovação no ACLS nos últimos 2 anos</td><td>5,0</td></tr>
<tr><td colspan="3">PONTUAÇÃO MÁXIMA</td><td colspan="2">30,0</td></tr>
<tr><th colspan="5">QUADRO II</th></tr>
<tr><th colspan="5">PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO</th></tr>
<tr><td rowspan="6">Médico com residência médica ou título de especialista registrado no CRMMG - Tempo de serviço prestado como médico na especialidade médica, em instituição de saúde pública ou privada.</td><td>MESES</td><td>PONTUAÇÃO</td><td>PONTUAÇÃO MÁXIMA</td></tr>
<tr><td>Até 11 meses</td><td>8,0</td><td rowspan="6"></td></tr>
<tr><td>12 a 23 meses</td><td>18,0</td></tr>
<tr><td>24 a 35 meses</td><td>30,0</td></tr>
<tr><td>36 a 47 meses</td><td>44,0</td></tr>
<tr><td>Mais de 48 meses</td><td>60,0</td></tr>
<tr><td>Experiência em atendimento a pacientes internados em UTI.</td><td>Mais de 6 meses</td><td>10,0</td></tr>
<tr><td colspan="3">PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO</td><td>70,0</td></tr>
<tr><td colspan="3">PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II</td><td>100,00</td></tr>
</table>

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.

FHEMIG
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

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 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, 4001 - 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) **XXXXXXXXXXXX, IDENTIDADE MG – X.XXX.XXX, CPF nº XXX.XXX.XXX-XX, residente à RUA XXXXXXXXXXXl, Nº XXX, BAIRRO : XXXXXXXX, CIDADE: XXXXXXXXXXX, CEP nº XX.XXX.XXX,** denominado CONTRATADO TEMPORÁRIO, nos termos do inciso II do art. 3º da Lei nº 23.750 de 23 de dezembro de 2020 e do inciso II 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 **XXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, 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/2022.

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, XX de XXXXXXX de 2022.

_____

Ana Costa Rego

Diretor de Gestão de Pessoas

_____

Valéria Costa Queiroz

Diretor da Unidade

_____

FHEMIG
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

(nome do Contratado Temporário)

Função

TESTEMUNHAS:

1. Nome:

   CPF:

   Endereço:

2. Nome:

   CPF:

   Endereço:

FHEMIG
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

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 adosagem).

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 outroprocedimento)?
( ) 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 ouvisão?
( ) 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 ououtra) 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)

FHEMIG
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE ESTADO GRAVÍDICO

Eu,_____

MASP:_____,CPF:_____RG:_____

declaro que não estou grávida e que, portanto, estou apta a trabalhar em regime exclusivamente presencial, corroborando com o entendimento constante na Orientação SEPLAG/SUGESP nº 03/2021, observado o impedimento constante no item 6.5 deste Regulamento, por se tratar de área finalística e de natureza médico-hospitalar.

_____,_____de_____de_____

LOCAL DATA

_____

Assinatura do Declarante