

## **2ª - ERRATA CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 06/2020 Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19**

O Presidente da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais no uso de suas atribuições legais, atendendo a urgência assistencial ao enfrentamento a crescente contaminação causada pelo coronavírus - COVID 19 no Estado de Minas Gerais; e devido ao estado de Calamidade Pública decretado pelo Governo Estadual no Decreto nº 47.891 de 20 de março de 2020, e considerando o Decreto 47.901 de 31 de março de 2020, que dispõe sobre o exame admissional durante o período da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus – COVID-19, no âmbito dos órgãos, autarquias e fundações do Poder Executivo determina que:

1. Poderá ser substituído o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), constante no item 11 do Regulamento 06/2020, por um Atestado de Saúde Ocupacional emitido por profissional médico assistente e a apresentação do Questionário de Antecedentes Clínicos, constante no Anexo VI dessa errata.
2. 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.
3. Ao 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, ficará impedido de assiná-lo e de iniciar suas atividades pelo período de sete 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.
4. Fica **OBRIGATÓRIA** a apresentação da Autodeclaração constante no **Anexo VII**;

Belo Horizonte, 01 de abril de 2020.

Fábio Baccheretti Vitor  
Presidente da FHEMIG

**ANEXO VI**

**QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS**

NOME: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ SEXO:  F  M  
 IDADE: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_  
 MASP (se tiver): \_\_\_\_\_

01- Informar sobre os sintomas ou alterações abaixo relacionadas:

SINTOMAS/ALTERAÇÕES	SIM	NÃO
Dor no peito		
Alterações na voz		
Distúrbios do sono		
Variações no peso		
Problemas de pele		
Distúrbio visual		
Dor abdominal		
Escarro com sangue		
Inchaço nas pernas		
Distúrbios de audição		
Problemas digestivos		
Problemas para urinar		
Alteração de apetite		
Prisão de ventre		
Diarreias		
Dificuldade para engolir		
Alterações no volume e na frequência da urina		
Dificuldades frequentes no trabalho		
Dificuldades no relacionamento familiar		
Dificuldade no relacionamento interpessoal		
Nervosismo		
Pressão alta		
Falta de ar		
Tosse		
Suor noturno		
Dor nas articulações		
Dor na coluna		
Ansiedade		
Tristeza		
Desconfiança		
Outros problemas que não estão relacionados acima		

02 – Faz uso de medicação de uso contínuo ou controlado?  
 ( ) Não ( ) Sim. Quais? (Citar todos, inclusive a dosagem).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

03 – Faz, ou já fez, algum controle médico específico (oncológico, cardiológico, neurológico, endocrinológico, pneumológico, outro)? ( ) Não ( ) Sim.

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

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

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

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

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

06 - Já se afastou do trabalho por motivo de ordem médica em qualquer instância (municipal, estadual ou INSS)?

( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_ Por quais períodos? \_\_\_\_\_

Por quais motivos? \_\_\_\_\_

07 - Apresenta ou já apresentou problema de audição ou visão?

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

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

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

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

Frequência: \_\_\_\_\_

10 – Apresenta ou já apresentou doença psiquiátrica (Depressão, Ansiedade, esgotamento nervoso, tentativas de suicídio ou quaisquer outras)?

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

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

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

15 – Apresenta ou já apresentou alguma doença que não foi mencionada acima?

( ) Não ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_

16 – Já teve algum acidente de trânsito? ( ) Não ( ) Sim.

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

17 – Possui Carteira Nacional de Habilitação (CNH) válida? ( ) Não ( ) Sim.

18 – Tem filhos? ( ) Não ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

Declaro, estar ciente do disposto no art. 299, do Código Penal Brasileiro e, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações acima prestadas, responsabilizando-me por qualquer dado inverídico.

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

**ANEXO VII**

**DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Masp (se tiver) \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, declaro que não sou portador de imunossupressão, em  
tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia, hipertensão, diabetes, cardiopatias, pneumopatias,  
nefropatias; não possuo idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos; não estou gestante e/ou lactante;  
não possuo restrição de atividade laboral ou ajustamento funcional; não estive em contato com pessoa  
infectada pelo agente novo coronavírus – SarsCoV-2 – COVID-19 e; não apresento sintomas  
característicos da doença infecciosa viral causada pelo COVID-19.

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

---

Assinatura do Declarante