

## CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 33/2020 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 33/2020, a partir das 08h00m do dia **24 de julho de 2020** até às 17h00m do dia **27 de julho de 2020** (horário de Brasília), por meio do **recebimento de inscrições**, conforme estabelecidos no teor deste Chamamento, para atuação no **Hospital Alberto Cavalcante – HAC**, atuante como Unidade de Retaguarda assim como consta no Plano de Capacidade Plena Hospitalar, 5ª edição, em vigor no momento da publicação desse regulamento. Trata-se de contratação **temporária e imediata** conforme estabelecido no **Quadro de Vagas**, constante no **Anexo III**, autorizada por meio do Ofício COFIN nº 0196/2020, de 23 de março de 2020.

Todas as informações necessárias para a **inscrição dos interessados** estão dispostas abaixo:

1. Esta contratação se dará por meio de assinatura de contrato administrativo, em conformidade com o **Inciso I**, art. 2 da Lei 18.185/2009, por tempo determinado **conforme descrito no Anexo III**, para prestação de serviços técnicos especializados na área de saúde, atuando exclusivamente na área de Terapia Intensiva, de acordo com o determinado pela referida Lei, bem como pelo Decreto nº 45.155/2009 – inciso I do art. 2.
2. Somente serão considerados aptos a participarem desta seleção, os candidatos que apresentarem os **PRÉ-REQUISITOS** descritos no **Anexo II** deste Chamamento de acordo com a vaga e a carga horária pleiteada.
3. Os candidatos que não apresentarem os comprovantes relativos ao **pré-requisito correspondente a vaga e a carga horária pleiteada** serão **automaticamente excluídos** do processo.
4. Os candidatos que obtiverem pontuação inferior ao valor atribuído ao tempo mínimo de experiência profissional pontuado, conforme estabelecido no **Anexo IV**, serão **automaticamente excluídos** do processo.
5. Além dos pré-requisitos, os candidatos deverão enviar o currículo padrão, de acordo com a função para a qual está concorrendo, constante no **Anexo I**, bem como, **cópia de todos** os comprovantes relativos às informações prestadas pelo candidato, no ato do preenchimento do currículo padrão.
6. As inscrições enviadas fora do período estabelecido neste chamamento serão **automaticamente excluídas** do processo.

7. Serão aceitas as inscrições enviadas para o endereço eletrônico: [hac.psscovid@fhemig.mg.gov.br](mailto:hac.psscovid@fhemig.mg.gov.br) a partir das 08h00m do dia **24 de julho de 2020** até às 17h00m do dia **27 de julho de 2020** (horário de Brasília) cujo “Assunto” esteja **identificado com o nome completo do candidato, a especialidade, a vaga e a carga horária para a qual está se inscrevendo.**

7.1 Deverão constar como anexo deste email, para efeito de inscrição, os comprovantes da habilitação exigidos como pré-requisito e cópia simples de todos os comprovantes relativos às informações prestadas pelo candidato, no ato do preenchimento do Currículo Padrão **Anexo I**.

7.2 Em nenhuma hipótese, serão aceitas e reconhecidas documentações enviadas por meio de serviço dos CORREIOS.

8. O quadro de vagas ofertadas neste chamamento e o vencimento básico por cargo estão disponíveis no **Anexo III** deste chamamento.

9. Os critérios de classificação e desempate estarão estabelecidos no **Anexo IV** deste chamamento.

## **10. DO EXAME MÉDICO PRÉ-ADMISSSIONAL**

10.1– O selecionado **convocado para assinatura de Contrato Administrativo** deverá se submeter a exame médico pré-admissional, devendo o mesmo escolher uma das formas abaixo descritas para obter seu Atestado de Saúde Ocupacional:

10.1.1 Comparecer a **MEDWORK**, situada na Av. Amazonas nº 2285, Santo Agostinho, nos dias **29 e 30 de julho de 2020**, por meio do qual serão avaliadas as condições de saúde física e mental para o exercício da função, oportunidade em que será emitido o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO.

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

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

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

10.1.2.3. Resultado dos seguintes exames laboratoriais, **realizados a expensas do candidato:**

a. Hemograma completo, com contagem de plaquetas;

b. Glicemia de jejum;

c. Urina rotina;

d. Anti-HBS quantitativo (**excepcionalmente**, se o resultado desse exame não for disponibilizado pelo laboratório, onde foi realizado, em tempo hábil para a assinatura do contrato, o candidato deverá assinar o **Termo de Responsabilidade** para entrega posterior do resultado, disponibilizado pela GSST);

10.1.3. Somente serão aceitos resultados originais dos exames, com assinatura e

identificação do responsável técnico do laboratório e nome e identidade do candidato.

10.1.4. Os exames descritos nos subitens 10.1.2.3, somente serão aceitos se realizados no prazo máximo de 90 (noventa) dias anteriores à data de marcação da perícia médica.

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

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

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

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

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

## 11. DA ASSINATURA DO CONTRATO

11.1. Os candidatos selecionados deverão apresentar para fins de **assinatura e celebração do Contrato Administrativo, obrigatoriamente, por meio de cópia reprográfica simples**, acompanhada dos originais, ou autenticada em cartório, os seguintes documentos:

- a) Para a função de **Médico (MED III)**: conclusão do curso de graduação de nível superior em Medicina concluído em instituição de ensino reconhecida pelos sistemas federal ou estaduais de ensino e devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - CRMMG, **ACUMULADO DE** Certificado de Conclusão da Residência Médica ou Especialização Lato Sensu ou Título de Especialidade Médica emitido pela Associação Médica Brasileira – AMB (original e cópia), nos termos da Resolução CFM nº 1.845/2008 de 17/07/2008, devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - CRM-MG. **NÃO SERÁ** aceito que a referida especialidade ainda não esteja registrada no Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais – CRMMG.
- 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 convocado (a);
  - 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, que será emitido MEDWORK OU o Atestado de Saúde Ocupacional emitido por profissional médico assistente e a apresentação do Questionário de Antecedentes Clínicos.
  - j) **DECLARAÇÃO DE BENS E VALORES**, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato), ou cópia completa da Declaração do Imposto de Renda do último exercício;
  - k) **DECLARAÇÃO DE PARENTES**, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
  - l) **DECLARAÇÃO DE NÃO PENALIDADE**, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
  - m) **DECLARAÇÃO DE ANTECEDENTES CRIMINAIS**, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
  - n) **DECLARAÇÃO DE CARGO E EMPREGO**, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
  - o) **DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIO**, preenchida em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
  - p) **TERMO DE COMPROMISSO SOLENE**, preenchido em formulário próprio fornecido pela contratante (fornecida no momento da assinatura do contrato);
  - q) **DECLARAÇÃO Grupo de risco COVID-19 e Ajustamento Funcional**.
- 11.2. Estará impedido de assinar o contrato, e automaticamente desclassificado, o selecionado que **deixar de apresentar** qualquer um dos documentos elencados nas alíneas do item 11 deste **Chamamento Público**, ou se enquadrar em qualquer das vedações previstas no Decreto Estadual nº 45.155/09.
- 11.3. Estará impedido de assinar o contrato e automaticamente desclassificado, o selecionado que se enquadrar nas situações abaixo elencadas, nos termos do artigo 7º da Deliberação nº 2, de 16 de março de 2020 c/c art. 2º da Deliberação nº 4, de 17 de março de 2020, por motivo de configurar grupo de risco:
- 11.3.1 - possuir idade igual ou superior a sessenta anos;
  - 11.3.2 - portar doença crônica, tais como diabetes, hipertensão, cardiopatia, doença

respiratória, pacientes oncológicos e imunossuprimidos;

11.3.3 - gestante ou lactante.

Essa medida se faz necessária tendo em vista o momento vivido pela pandemia ocasionada pelo COVID-19 e a Situação de Emergência declarada pelo Governo Estadual no Decreto nº 113, de 12 de março de 2020, no qual os profissionais contratados deverão trabalhar em regime exclusivamente presencial, por se tratar de área finalística e de natureza médico-hospitalar.

11.4. Ao candidato que, no momento da convocação, apresentar sintomas característicos da doença infecciosa viral causada pelo COVID-19 ficará impedido de assiná-lo e de iniciar suas atividades pelo período de quatorze dias, 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.

## **12. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:**

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

12.2. É de inteira e exclusiva responsabilidade do inscrito no referido chamamento público, acompanhar todas as publicações e convocações deste certame, as quais serão divulgadas **exclusivamente na página eletrônica da FHEMIG** - [www.fhemig.mg.gov.br](http://www.fhemig.mg.gov.br) – Chamamento Público Emergencial nº 33/2020 – Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19.

12.3. O resultado da classificação, a agenda do exame pré-admissional e a convocação dos selecionados para assinatura do contrato, no Chamamento Público Emergencial nº 33/2020 – 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), Chamamento Público Emergencial nº 33/2020, em **28 de julho de 2020**, a partir das 17h00m.

12.4. Os selecionados deverão comparecer, munidos da documentação exigida no item 11 desse Chamamento, nos dias **30 e 31 de julho de 2020**, para a assinatura do contrato, que será feita pela Coordenação de Provimento e Carreiras – Provimento – CPC-P, localizada na Administração Central da FHEMIG – ADC, situada a Alameda Vereador Álvaro Celso, nº 100, sala 314, Bairro Santa Efigenia, Belo Horizonte/MG, telefone (31) 3239-9589, **conforme dia e horário publicado no Resultado Final deste Chamamento. Cabe a cada candidato convocado consultar e verificar o dia e horário em que comparecer no endereço indicado.**

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

12.7. O selecionado deverá se apresentar à Coordenação de Gestão de Pessoas do Hospital Alberto Cavalcanti - HAC, 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.

- 12.8. A contratação decorrente deste Certame terá duração por tempo determinado de acordo com vaga pleiteada, como previsto na autorização do Comitê de Orçamento e Finanças – Ofício COFIN nº 0196/2020, de 23 de março de 2020.
- 12.9. Na hipótese de extinção da causa justificadora da contratação durante a vigência do contrato, este será rescindido nos termos previstos no art. 13, inciso III, da Lei 18.185/2009 e 8º, inciso II, do Decreto 45.155/2009.
- 12.10. O **Anexo V** 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.
- 12.11. 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 10.1.2.3 e seus subitens, de forma a garantir o cumprimento, em tempo hábil, do prazo para assinatura do contrato, **CASO SEJA CONVOCADO**.
- 12.12. Por se tratar de uma seleção emergencial, ao resultado dessa seleção não caberá recurso.
- 12.13. Candidatos classificados em Cadastro Reserva poderão ser convocados na medida em que surgirem novas vagas disponibilizadas pelo COFIN e que estiverem aptas ao provimento.

### **ANEXOS**

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

**ANEXO II** – Pré-requisito para investidura do cargo;

**ANEXO III** - Quadro de Vagas e Vencimento Básico por Cargo;

**ANEXO IV** – Quadro de Distribuição de Pontos e Critérios de Desempate;

**ANEXO V** – Minuta do Contrato Administrativo Celebrado entre a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e o Contratado;

**ANEXO VI** – Questionário de Antecedentes Clínicos;

**ANEXO VII** – Declaração Grupo de risco COVID-19 e Ajustamento Funcional.

Belo Horizonte, 23 de julho de 2020.

Fábio Baccheretti Vitor Presidente  
da FHEMIG

## ANEXO I

### INSCRIÇÃO / CURRÍCULO PADRÃO CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL FHEMIG Nº33/2020 - MÉDICO

#### **CURRÍCULO PADRÃO**

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone: E-mail:

#### **FORMAÇÃO ACADÊMICA**

- Graduação em Medicina concluída 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.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/2020 \_\_\_\_\_

(assinatura do(a) candidato(a))

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



**ANEXO II – PRÉ – REQUISITO PARA INVESTIDURA NO CARGO**

Cargo/ Nível / Grau	Carga Horária/ Semanal	Função	Nº da Autorização	Pré-Requisito para investidura no cargo
MED III / A	12 horas	Médico	COFIN 196/2020	<p>Conclusão do curso de graduação de nível superior em Medicina concluído em instituição de ensino reconhecida pelos sistemas federal ou estaduais de ensino e devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - CRMMG, ACUMULADO DE Certificado de Conclusão da Residência Médica ou Especialização Lato Sensu ou Título de Especialidade Médica emitido pela Associação Médica Brasileira – AMB (original e cópia), nos termos da Resolução CFM nº 1.845/2008 de 17/07/2008, devidamente registrada no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - CRM-MG. NÃO SERÁ aceito que a referida especialidade ainda não esteja registrada no Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais – CRMMG.</p>

**ANEXO III**  
**QUADRO DE VAGAS**

<b>Cargo/ Nível / Grau</b>	<b>Carga Horária/ Semanal</b>	<b>Função</b>	<b>Nº da Autorização</b>	<b>Período máximo de Contratação</b>	<b>Nº de vagas</b>
MED III / A	12 horas	Médico	COFIN 196/2020	de até 90 dias	<b>11 + CR</b>

**REMUNERAÇÃO/VENCIMENTO BÁSICO POR CARGO**

<b>Cargo/ Nível / Grau</b>	<b>Carga Horária/ Semanal</b>	<b>Função</b>	<b>Nº da Autorização</b>	<b>Nº de vagas</b>	<b>VENCIMENTO BÁSICO POR CARGO *</b>
MED III / A	12 horas	Médico	COFIN 196/2020	<b>11 + CR</b>	R\$ 2.995,77

\* Estabelecido conforme Lei nº 21.726, de 20 de julho de 2015, excluídas as vantagens inerentes à função exercida e local de atuação, a serem informadas na etapa de contratação.

**ANEXO IV**  
**QUADROS DE DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS**

**Médico**

<b>QUADRO I</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR FORMAÇÃO PROFISSIONAL</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	
Residência ou Especialização ou Título de Especialista em Terapia Intensiva.	20,0	40,00	
Residência ou Especialização em Clínica Médica.	10,0		
Participação em cursos, congressos na especialidade Clínica Médica / Terapia Intensiva (cada item 2,5 – máximo 5,0)	5,0		
Aprovação no ACLS nos últimos 2 anos	5,0		
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>40,00</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>
Médico com residência médica ou título de especialista registrado no CRM - Tempo de serviço prestado como médico em Urgência e Emergência, Clínica Médica e Terapia Intensiva, em instituição de saúde pública ou privada.	No mínimo 06 meses	12,0	60,00
	07 a 12 meses	24,0	
	13 a 24 meses	36,0	
	25 a 36 meses	48,0	
	Mais de 37 meses	60,0	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO</b>			<b>60,00</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II</b>			<b>100,00</b>

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 IV**.
2. Maior pontuação obtida por participação em treinamentos, cursos de capacitação, aperfeiçoamento e especialização, conforme estabelecido no **Anexo IV**.

## **ANEXO V**

### **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 ABAIXO ESPECIFICADO NOS TERMOS DA LEI 18.185/2009 E DECRETO N.º 45.155/2009.

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 Alameda Vereador Álvaro Celso, n.º 100, Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte, Capital, doravante denominada CONTRATANTE, representada pela Diretora de Gestão de Pessoas, e o Sr.(a) XXXXXXXXXXXXX, CI: XXXXXXXX CPF: XXXXXXXXXX, residente à XXXXXX, XXXXXXXX em XXXXXXXXXX denominado CONTRATADO, nos termos do art. 2º, inciso I da Lei 18.185 de 5 de junho de 2009 e do art. 1º, § 1º, inciso I do Decreto n.º 45.155 de 22 de agosto de 2009 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 à CONTRATANTE na unidade do Hospital Alberto Cavalcanti - HAC - FHEMIG, lotado no setor determinado pela gerência assistencial, de acordo com a estrita necessidade demandada.

#### **PARÁGRAFO ÚNICO**

As atividades serão executadas em consonância com as normas técnicas correspondentes à prestação dos serviços contratados conforme cláusula primeira.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA**

O presente contrato terá duração de até XX (XXXX) dias, tendo início em XX/XX/2020.

#### **CLÁUSULA TERCEIRA**

Como contraprestação do serviço prestado o contratado receberá a título de remuneração, o valor estabelecido no Anexo III, de acordo com a função para a qual está celebrando este contrato.

#### **PARÁGRAFO PRIMEIRO**

O CONTRATADO 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 nºXXX/2020, de XX/XX/2020, Processo SEI Nº 2270.01.00XXXX/2020-XX.

#### **CLÁUSULA QUINTA**

O presente contrato será rescindido, sem direito a indenizações:

- a) pelo término do prazo contratual;
- b) por iniciativa da CONTRATANTE, quando da extinção da causa transitória justificadora da contratação;  
ou
- c) por iniciativa do contratado.

#### **PARÁGRAFO PRIMEIRO**

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

#### **PARÁGRAFO SEGUNDO**

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

#### **CLÁUSULA SÉTIMA**

Ao assinar o presente contrato o CONTRATADO 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 passar a ter vínculo permanente com o Poder Público, o presente contrato será rescindido, salvo nos casos de acumulação lícita.

### **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 xxxxxx de 2020.

Alice Guelber Melo Lopes  
Diretora de Gestão de Pessoas – DIGEPE

Luciana Laurentys  
Diretora Hospital João XXIII

---

Contratado(a) - CPF

### **TESTEMUNHAS:**

1) NOME:

CPF:

ENDEREÇO:

2) NOME:

CPF:

ENDEREÇO:

**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 I do Decreto 47.901 de 31 de março de 2020)

**ANEXO VII**  
**DECLARAÇÃO**

**GRUPO DE RISCO DA COVID-19 E AJUSTAMENTO FUNCIONAL**

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, 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.

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

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

