

CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 05/2022

Situação Emergencial Gerada pela Epidemia COVID-19

A Diretoria da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais **TORNA PÚBLICO** que estará aberto o Chamamento Público Emergencial nº 05/2022, **a partir das 17h00min (conforme horário de Brasília) do dia 19 de Janeiro de 2022 até as 17h00min (conforme horário de Brasília) do dia 24 de Janeiro de 2022**, por meio do recebimento de inscrições conforme estabelecido no teor deste Chamamento, para desempenho de atividades funcionais no **Hospital Júlia Kubitschek**, do **Complexo de Especialidades – CE**, da rede FHEMIG, por meio de contratação **temporária e imediata de profissionais para atuarem no atendimento a PACIENTES CRÍTICOS COM SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA EM LEITOS CLÍNICOS DE ENFERMARIA**. 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 005/2022 de 13 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 I do art. 3º da Lei 23.750 de 23 de dezembro de 2020, por tempo determinado de até 180 (cento e oitenta) dias, nos termos do Ofício COFIN nº 005, de 13 de Janeiro de 2022, para prestação de serviços técnicos especializados na área de saúde de acordo com o determinado pela referida Lei, bem como pelo inciso I do art. 2º do Decreto nº 48.097 de 23 de dezembro de 2020.

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

2.1. Para a função de **MÉDICO ESPECIALISTA (MED III)**: apresentação dos seguintes documentos:

- **Diploma de conclusão de Graduação em Medicina** 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

- **Diploma de conclusão da Residência Médica ou Título de Especialidade Médica em QUALQUER ESPECIALIDADE MÉDICA**, emitido pela Associação Médica da correspondente à categoria;
- **Comprovante de registro no CRM** - Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais;
- **Comprovante de Registro da Especialidade Médica – RQE**, no Conselho Regional de Medicina do Estado de 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 os Pré-Requisitos**, 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 os endereços de **e-mails**:

- hik.chamamentomedico@fhemig.mg.gov.br para a categoria de profissionais de **Médico**;

a partir das **17h00min (conforme horário de Brasília) do dia 19 de Janeiro de 2022 até as 17h00min (conforme horário de Brasília) do dia 24 de Janeiro de 2022**.

3.2 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.

3.3 O e-mail deverá ter o **Título: “Inscrição no Chamamento Público Emergencial nº 05/2022 – CE para a Função de (categoria da inscrição).”**

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

4. Os candidatos que **não encaminharem a documentação comprobatória do Pré-Requisito e o Currículo Padrão**, constante no **ANEXO I**, devidamente preenchida e assinada, estarão automaticamente **excluídos deste processo**.

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

6. Os critérios de classificação e desempate estão estabelecidos no **ANEXO III** deste chamamento.
7. 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.
8. Responde o inscrito no Chamamento Emergencial pela veracidade do conteúdo das informações que apresentar, respondendo civil, criminal e/ou administrativamente em caso de falsidade ou inconsistência das informações.
9. É de inteira e exclusiva responsabilidade do inscrito no referido chamamento público, acompanhar todas as publicações e convocações deste certame, as quais serão divulgadas **exclusivamente na página eletrônica da FHEMIG** - www.fhemig.mg.gov.br – Chamamento Público Emergencial nº 05/2022 - CE.
10. O resultado da classificação, a agenda do exame pré-admissional e a convocação dos selecionados para assinatura do contrato, serão divulgados **exclusivamente na página eletrônica da FHEMIG** – www.fhemig.mg.gov.br, link como ingressar na Fhemig ► Chamamento Público Emergencial nº 05/2022 - CE, em **02 de fevereiro de 2022**.
11. Por se tratar de uma seleção emergencial, ao resultado desta seleção não caberá recurso.
12. Caso se façam necessárias novas contratações de profissionais com as qualificações requeridas nesse regulamento, e existindo vagas autorizadas pela COFIN para subsidiá-las, os candidatos classificados em Cadastro Reserva poderão ser convocados para trabalhar em qualquer uma das Unidades referenciadas no enfrentamento ao COVID-19 do Complexo de Especialidades – CE.
13. **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.
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 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.
16. O candidato deverá, imediatamente após a inscrição por meio da entrega do currículo padrão e dos documentos comprobatórios, providenciar os exames laboratoriais, conforme descritos no item 17.1.2.3 e seus subitens, de forma a garantir o cumprimento, em tempo

hábil, do prazo para assinatura do contrato, **CASO SEJA CONVOCADO.**

17. DO EXAME MÉDICO PRÉ-ADMISSIONAL

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

17.1.1 - Comparecer a **MEDWORK**, situada na Av. Amazonas nº 2285, Santo Agostinho, no dia e horário constante na publicação do Resultado Final deste Certame, para realizar a avaliação das condições de saúde física e mental para o exercício da função, oportunidade em que será emitido o **Atestado de Saúde Ocupacional – ASO**.

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

17.1.2.1 Documento original de identidade, com foto e assinatura;

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

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

17.1.2.3.1 Hemograma completo, com contagem de plaquetas;

17.1.2.3.2 Glicemia de jejum;

17.1.2.3.3 Urina rotina;

17.1.2.3.4 Anti-HBS quantitativo (excepcionalmente, se o resultado desse exame não for disponibilizado pelo laboratório onde o convocado realizou o exame, em tempo hábil para a assinatura do contrato, deverá o mesmo assinar o Termo de Responsabilidade para entrega posterior do resultado, disponibilizado pela GSST);

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

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

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

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

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

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

18. O Questionário de Antecedentes Clínicos, constante no **ANEXO V**, deverá ser preenchido apenas pelos candidatos que optarem pela entrega do ASO emitido por médico assistente.

19. DA CONTRATAÇÃO

19.1 Os candidatos selecionados deverão se apresentar para fins de **assinatura e celebração do Contrato Administrativo**, comparecer COMPLEXO DE ESPECIALIDADES – CE - Hospital Júlia Kubitschek Coordenação de Gestão de Pessoas - Av. Dr. Cristiano Rezende, 2745 Milionários, Belo Horizonte/MG, CEP: 30.620-470, telefone (31) 3389-7834 ou 3389-7885, conforme dia e horário publicados no Resultado Final deste Chamamento, munidos obrigatoriamente, dos documentos abaixo, de cópia reprográfica simples, acompanhada dos originais, ou cópia 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 está concorrendo. **COMPROVANTE ESCOLARIDADE: conclusão do curso** que o habilite a exercer a função para a qual será contratado, em conformidade com este Chamamento. **Diplomas** de curso de educação profissional **de nível Médio, Técnico, Graduação e Especialização/Residência**.
- 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) - ou certidão de quitação eleitoral emitido pela Justiça Eleitoral ou pelo site do TRE;
- d) cadastro nacional de pessoas físicas – **CPF**;
- e) **CERTIFICADO DE RESERVISTA** ou de dispensa de incorporação, se masculino;
- f) **COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA/ENDEREÇO** em nome do convocado com validade de emissão de no máximo 90 (noventa) dias;
- g) **CERTIDÃO DE CASAMENTO** ou certidão averbada (quando for o caso);
- h) Carteira do **CONSELHO DE CLASSE** do Estado de Minas Gerais ou declaração de

inscrição no respectivo conselho, acompanhado do **REGISTRO DA ESPECIALIDADE-RQE** (quando for o caso);

- i) **HISTÓRICO DO ENSINO MÉDIO E DIPLOMA DO CURSO TÉCNICO** (quando for o caso);
- j) Primeira via do **ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL (ASO)**, que será emitido pela Unidade onde o selecionado fez o exame pré-admissional, com o resultado como **APTO**;
- k) **CARTEIRA DE TRABALHO** e cartão de cadastramento no **PIS/PASEP** impresso, quando for o caso;
- l) **Declaração**, em formulário próprio fornecido pela contratante, informando se **exerce ou não outro emprego ou cargo** remunerado na **administração pública** direta ou indireta;
- m) **Declaração**, em formulário próprio fornecido pela contratante, **de bens e valores** que integram o patrimônio do Selecionado até a data de sua convocação, ou da última declaração de Imposto de Renda;
- n) **Termo de compromisso solene**, após leitura do Código de Conduta de Ética do Agente Público e da Alta Administração Estadual, a ser fornecido pela FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais;
- o) **Declaração**, em formulário próprio fornecido pela contratante, informando **não ser aposentado por invalidez**;
- p) **Declaração**, em formulário próprio fornecido pela contratante, informando **não ter sofrido**, no exercício de cargo ou função pública, **penalidade incompatível com a nova investidura**;
- q) **Declaração de antecedentes criminais**, em formulário próprio fornecido pela contratante;
- r) **Declaração de parentes**, em formulário próprio fornecido pela contratante, conforme decreto 44.908 de 01/10/2008;
- s) **DECLARAÇÃO GRUPO DE RISCO COVID-19**, preenchido em formulário próprio fornecido pela contratante. O selecionado deverá se apresentar à Coordenação de Gestão de Pessoas do Complexo de Especialidades - CE - Hospital Júlia Kubitschek, 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.
- t) **01 Foto 3X4**;
- u) **CONTA NO BANCO ITAU**, cópia do comprovante (caso o candidato ainda não possua a conta, o Serviço de Gestão de Pessoas irá lhe fornecer a declaração para abertura da mesma).
- v) No momento da assinatura de contrato, será necessário cadastrar o(a) convocado (a) como de **usuários externos no Sistema Eletrônico de Informações (SEI)**.

19.2 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 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;

20.2 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, 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 remanesçavaga;

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.

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

20.4 - 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.

ANEXOS

ANEXO I – Inscrição / Currículo Padrão;

ANEXO II – Quadro de Vagas e Remuneração/Vencimento Básico por Cargo;

ANEXO III – Quadro de Distribuição de Pontos e Critérios de Desempate;

ANEXO IV – Minuta do Contrato Administrativo Celebrado entre a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e o Contratado.

ANEXO V - Questionário de Antecedentes Clínicos.

ANEXO VI – Declaração Grupo de Estado Gravídico.

Belo Horizonte, 19 de Janeiro de 2022.

Ana Costa Rego

Diretora de Gestão de Pessoas da FHEMIG

ANEXO I

INSCRIÇÃO/CURRÍCULO PADRÃO

CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL FHEMIG Nº 05/2022

FUNÇÃO:

CURRÍCULO PADRÃO

Nome Completo:

Data de Nascimento:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

FORMAÇÃO ACADÊMICA

➤ Curso de educação profissional, correspondente à área de _____
_____concluído na seguinte instituição de
ensino:_____

➤ Data de conclusão do curso:

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E TERAPIA INTENSIVA OU ÁREAS AFINS

➤ Curso:

➤ Instituição:

➤ Carga Horária:

➤ Data de conclusão do curso:

➤ Curso:

➤ Instituição:

➤ Carga Horária:

➤ Data de conclusão do curso:

➤ Curso:

➤ Instituição:

➤ Carga Horária:

➤ Data de conclusão do curso:

HISTÓRICO DAS EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: ____/____/____ a ____/____/____
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: ____/____/____ a ____/____/____
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

- Empresa:
- Ramo de Atividade:
- Período: ____/____/____ a ____/____/____
- Função:
- Atividades Desempenhadas:

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

Justificar o interesse na vaga ofertada. A redação deverá conter argumentação, coerência e clareza da justificativa.

____/____/2022 _____

(assinatura do(a) candidato(a))

IMPORTANTE:

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

ANEXO II

QUADRO DE VAGAS E REMUNERAÇÃO POR CARGO

Cargo/ Nível / Grau	Carga Horária/ Semanal	Função	Nº de vagas	REMUNERAÇÃO POR CARGO *
MED III / A	24 horas	Médico Especialista	12	R\$ 5.801,50

* Conforme Lei 21.726/2015, excluídas vantagens inerentes à função exercida e local de atuação, a serem informadas na etapa de contratação.

ANEXO III
QUADRO DE DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS E
CRITÉRIOS DE DESEMPATE

MÉDICO ESPECIALISTA – CARGO MED - NÍVEL III - GRAU A

MED III – Médico Especialista

QUADRO I			
PONTUAÇÃO POR FORMAÇÃO PROFISSIONAL	PONTUAÇÃO		PONTUAÇÃO MÁXIMA
Residência concluída ou Especialização ou Título de Especialista em Terapia Intensiva ou Anestesiologia	20,0	30,0	
Residência concluída ou Especialização em Clínica Médica, Pneumologia ou Infectologia	10,0		
Comprovação de participação em cursos, congressos na especialidade infectologia, clínica médica, pneumologia ou terapia intensiva (cada item 2,5 – máximo 5,0)	5,0	5,0	
Aprovação em cursos de suporte avançado nos últimos 2 anos (ATLS, MAVIT, SAVI, FCCS, etc)	5,0	5,0	
PONTUAÇÃO MÁXIMA	40,0		
QUADRO II			
PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO			
Médico com residência médica ou título de especialista registrado no CRM - Tempo de serviço prestado como médico em Urgência e Emergência ou Terapia Intensiva, em instituição de saúde pública ou privada.	MESES	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
	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	
PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO			60,00
PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II			100,00

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

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

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

ANEXO IV

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, 4001 - Serra Verde, Belo Horizonte - MG, CEP nº 31630-901, Capital, doravante denominada CONTRATANTE, representado pelo Sra. Diretora 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/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 administrativodisciplinar 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 de testemunhas que ao mesmo subscrevem.

Belo Horizonte, quarta-feira, XX de XXXXXXXX de 2022.

Ana Costa Rego
Diretora de Gestão de Pessoas

XXXXXXXXXX
Diretor da Unidade

(nome do Contratado Temporário) Função

TESTEMUNHAS:

1. Nome:

CPF:

Endereço:

ANEXO V

QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS

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

01- Informar sobre os sintomas ou alterações abaixo relacionadas:

SINTOMAS/ALTERAÇÕES	SIM	NÃO
Dor no peito		
Alterações na voz		
Distúrbios do sono		
Variações no peso		
Problemas de pele		
Distúrbio visual		
Dor abdominal		
Escarro com sangue		
Inchaço nas pernas		
Distúrbios de audição		
Problemas digestivos		
Problemas para urinar		
Alteração de apetite		
Prisão de ventre		
Diarreias		
Dificuldade para engolir		
Alterações no volume e na 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 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 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? _____

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 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.– Tem filhos? ()
Não () Sim. Quantos? _____

Declaro, estar ciente do disposto no art. 299, do Código Penal Brasileiro e, sob as penas da lei,

serem verdadeiras as informações acima prestadas, responsabilizando-me por qualquer dado inverídico.

Local _____ Data ____ / ____ / _____

Assinatura do Declarante

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

ANEXO VI
DECLARAÇÃO
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 20.4 deste Regulamento, por se tratar de área finalística e de natureza médico-hospitalar.

_____, _____ de _____ de _____

LOCAL

DATA

Assinatura do Declarante