



CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 007/2021 Situação Emergencial Gerada pela Pandemia COVID-19

O Prefeito Municipal de Patos de Minas **TORNA PÚBLICO**, que estará aberto o Chamamento Público Emergencial nº 007/2021, **a partir das 18h00min (conforme horário de Brasília) do dia 26 de fevereiro de 2021 até as 18h00min (conforme horário de Brasília) do dia 2 de março de 2021**, por meio do recebimento de inscrições conforme estabelecido no teor deste Chamamento, para desempenho de atividades funcionais na Secretaria Municipal de Saúde conforme estabelecido no **Quadro de Vagas, Anexo II.**

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, art. 2º da Lei Complementar nº 461/2014, por tempo determinado de até 30 (trinta) dias, para prestação de serviços técnicos especializados, podendo ser renovado de acordo com as necessidades da situação emergencial gerada pela Pandemia COVID-19.
2. Somente serão considerados aptos a participarem desta seleção, os candidatos que apresentarem como **PRÉ-REQUISITO:**

2.1 Para a função de **Fisioterapeuta**: conclusão de curso de graduação de nível superior em Fisioterapia, que tenha **Certificado de Conclusão da Pós-graduação ou Residência em Fisioterapia Respiratória, Cardiopulmonar, Terapia Intensiva ou Urgência e Emergência**, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, concluído em instituição de ensino reconhecido pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais ou municipais de ensino e pelo MEC, **registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais.**

2.2 Para a função de **MÉDICO INTENSIVISTA PLANTONISTA**: conclusão do curso de graduação de **nível superior em Medicina** concluído em instituição de ensino reconhecida pelos sistemas federal ou estaduais de ensino e registro no **Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - CRM-MG, experiência em Terapia Intensiva.**



2.3 Para a função de **Técnico em Enfermagem**: conclusão de curso de educação profissional, de nível médio, na forma da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, correspondente à **área de Técnico em Enfermagem**, concluído em instituição de ensino reconhecido pelo sistema federal ou pelos sistemas estaduais ou municipais de ensino e pelo MEC, e **registro no respectivo Conselho de Classe do Estado de Minas Gerais**.

2.4 Os candidatos que não apresentarem os comprovantes relativos aos pré-requisitos serão automaticamente excluídos do processo.

2.5 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, **todos** os comprovantes relativos às informações prestadas pelo candidato, no ato do preenchimento do currículo.

3. Os candidatos que não apresentarem o currículo padrão constante no **Anexo I**, devidamente preenchido, conforme estabelecido no **item 4**, serão **automaticamente excluídos** do processo.

4. Para se candidatar às vagas disponibilizadas, **os interessados deverão preencher o Currículo Padrão (Anexo I) e enviá-lo juntamente com cópia scaneada das documentações que comprovem as informações curriculares, enviados em um único email com todos os documentos legíveis em um unico anexo(arquivo), para o endereço: saude.chamamento@patosdeminas.mg.gov.br a partir das 18h00min do dia 26 de fevereiro de 2021 até às 24h00min do dia 2 de março de 2021 (horário de Brasília). Será avaliado apenas um email(inscrição) por candidato, sendo avaliado o primeiro email encaminhado pelo candidato, os que por ventura forem encaminhados após o primeiro não serão considerados.**

a. Documentações enviadas após os dias e horários estabelecidos no item 4 não serão aceitas;

b. Após o envio do currículo e das documentações comprobatórias, o candidato receberá uma mensagem eletrônica de confirmação de entrega da inscrição, a mensagem não é a comprovação do envio de todos os documentos exigidos no ato da inscrição, sendo apenas a confirmação de recebimento da inscrição por email;



c. Caso o candidato envie currículo e documentação para o e-mail informado e não receba a mensagem eletrônica de entrega de inscrição, devesse o mesmo ligar para (34) 3822 -9898 e checar o ocorrido, sob pena de não ter sua inscrição efetuada.

d. As inscrições que não seguirem o disposto no item 4 não serão aceitas.

5. . O quadro de vagas ofertadas e o vencimento básico por cargo estão disponíveis no **Anexo II** deste chamamento.

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

7. DA CONVOCAÇÃO

7.1. Os candidatos selecionados deverão apresentar para fins de **assinatura e celebração do Contrato Administrativo, obrigatoriamente**, os seguintes documentos

- a) 1 Foto 3X4 (colorida);
- b) Conta Bancaria do Santander;
- c) Comprovante de endereço atualizado;
- d) Carteira de Identidade(RG);
- e) CPF;
- f) Título de Eleitor;
- g) PIS, PASEP ;
- h) Certificado de Reservista/Quit. Obrig Militar (sexo masculino);
- i) Registro Conselho da Categoria (se for o caso);
- j) Certidão de nascimento (se solteiro);
- k) Certidão de casamento e CPF do cônjuge,;
- l) Certidão de Nasc.e CPF de filhos dependentes;
- m) Comprovante de Escolaridade – Original e Cópia;
- n) Certidão de Ação Civil - Site TJMG <http://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/> > Certidão Judicial > Emissão de Certidões Judiciais > Solicitar Certidão Judicial > Link de acesso ao Sistema de Emissão de Certidão > Natureza Cível – Comarca de Patos de Minas;
- o) Certidão de Antecedentes Criminais - Site TJMG <http://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/> > Certidão Judicial > Emissão de Certidões Judiciais > Solicitar Certidão Judicial > Link de acesso ao Sistema de Emissão de Certidão > Natureza Criminal – Comarca de Patos de Minas;
- p) Certidão de quitação com as obrigações eleitorais - Site [TRE/MG](http://www.tre-mg.jus.br/) > <http://www.tre-mg.jus.br/> > Certidão de Quitação;
- q) Comprovante de Regularidade do CPF - Site Receita Federal;
- r) CNIS – O extrato, com todo o demonstrativo das contribuições previdenciárias -Site do INSS;
- s) Declaração de Acumulação de Cargos, anexo VI ;
- t) Declaração de Dependentes, anexo VII;
- u) Declaração de Não Demissão do serviço público, anexo VIII;
- v) Autorização de Crédito, anexo IX;



- w) Declaração de PIS/PASEP, anexo X.
- x) Declaração e Antecedentes clínicos e Auto Declaração, anexo XI.

7.2. Não serão contratados os profissionais que se enquadrem nas situações abaixo elencadas, nos termos do artigo 4º do Decreto nº 4.801 de 31 de março de 2020, por motivo de configurarem grupo de risco:

- a) possuidor de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos
- b) cardiopatas graves ou descompensados (insuficiência cardíaca, infartados revascularizados, portadores de arritmias);
- c) pneumopatas graves ou descompensados (dependentes de oxigênio, portadores de asma moderada/grave, DPOC);
- d) Imunodeprimidos;
- e) doenças renais crônicas em estágio avançado (3,4 e 5);
- f) diabéticos, conforme juízo clínico;
- g) gestantes;
- h) quanto as lactantes, somente aquelas em aleitamento exclusivo de até seis meses de idade da criança.

8. As exigências previstas no item 7.2 se fazem necessárias devido ao momento vivenciado por causa da pandemia ocasionada pela COVID-19 e a Situação de Emergência, no qual os profissionais contratados deverão trabalhar em regime exclusivamente presencial, por se tratar de área finalística e de natureza médico-hospitalar.

9. Estará impedido de assinar o contrato, e automaticamente desclassificado, o selecionado que **deixar de apresentar** qualquer um dos documentos elencados nos itens 7.1 deste **Chamamento Público, até a data determinada pelos editais de convocação.**

10. Das disposições finais:

a. **É de inteira e exclusiva responsabilidade do inscrito para este chamamento público, acompanhar todas as publicações deste certame, as quais serão divulgadas exclusivamente na página eletrônica da Prefeitura de Patos de Minas – www.patosdeminas.mg.gov.br – Chamamento Público Emergencial nº 007/2021 – Situação Emergencial Gerada pela Pandemia COVID-19;**

b. **O resultado da classificação no Chamamento Público Emergencial nº**



007/2021 Situação Emergencial Gerada pela Pandemia COVID-19, será divulgado **exclusivamente na página eletrônica da Prefeitura de Patos de Minas** – www.patosdeminas.mg.gov.br, link: **Chamamento Público Emergencial nº 007/2021, em 3 de março de 2021, a partir das 12:00 horas;**

c. O Candidato convocado deverá assumir suas atividades funcionais, em local estabelecido pela Secretaria de Saúde, em **1 (um) dia, imediatamente após a data final de apresentação dos documentos de admissão, conforme estabelecer o edital de convocação**, sem possibilidade de prorrogação do prazo;

d. A contratação decorrente deste Certame terá duração pelo tempo determinado de até 30 (trinta) dias, para prestação de serviços técnicos especializados, podendo ser renovado de acordo com as necessidades da situação emergencial gerada pela Pandemia COVID-19, conforme inciso II, art. 2º e art. 3º da Lei Complementar nº461/2014;

e. Na hipótese de extinção da causa justificadora da contratação durante a vigência do contrato, este será rescindido nos termos previstos no art. 12, da Lei Complementar nº 461/2014.

Patos de Minas, 26 de fevereiro de 2021.

Luis Eduardo Falcão Ferreira
Prefeito de Patos de Minas

Ana Carolina Magalhães Caixeta
Secretária Municipal de Saúde

Ana Paula Lara de Vasconcelos Ramos
Secretária Municipal de Administração

Paulo Henrique Rabelo da Silveira
Procurador Geral do Município



ANEXO I

CURRÍCULO PADRÃO

 Prefeitura de Patos de Minas	CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 007/2021 Situação Emergencial Gerada pela Pandemia COVID-19
CURRÍCULO PADRÃO	
OBS: FAVOR PREENCHER TODOS OS CAMPOS (NÃO SERÁ ACEITO CURRÍCULO COM PREENCHIMENTO INCOMPLETO)	
I – FUNÇÃO PRETENDIDA	
II – INFORMAÇÕES PESSOAIS	
Nome completo:	
Sexo: () Feminino () Masculino Data de nascimento: dd/mm/aaaa Idade:	
Estado civil: () Solteiro () Casado	
Endereço (Rua, Av.):	
Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade:	
Estado: _____ CEP: _____	
Telefone fixo: () _____ Telefone celular: () _____ Telefone recado: () _____	
E-mail:	
III – ESCOLARIDADE/ FORMAÇÃO ACADÊMICA	
Curso concluído: Mês: mm Ano: aaaa Instituição de Formação:	
Residência em andamento (mínimo 12 meses) na especialidade: Previsão de conclusão: em: Mês: mm Ano: aaaa	
Curso superior concluído: Mês: mm Ano: aaaa Instituição de Formação:	
Residência em andamento (mínimo 12 meses) na especialidade: Previsão de conclusão: em: Mês: mm Ano: aaaa	



Instituição de Formação:

Residência concluída com registro no conselho da categoria: Data de Conclusão: Mês: mm Ano: aaaa

Instituição de Formação:

Segunda concluída com com registro no conselho da categoria: 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 – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

1. ATUAIS

() Não possui () sim

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

2. ANTERIORES

() Não possui () Sim

Área de atuação	Tempo de atuação (meses)	Carga Horária Semanal	Tipo de vínculo
			Privado

DECLARO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES CONSTANTES NESTE CURRÍCULO SÃO VERDADEIRAS E AUTORIZO A PREFEITURA DE PATOS DE MINAS A VERIFICÁ-LAS.

Patos de Minas _de ____de 2021.

IMPORTANTE:

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



ANEXO II

QUADRO DE VAGAS E VENCIMENTO BÁSICO POR CARGO

<i>Cargo</i>	<i>Carga horária</i>	<i>Quantidade de Vagas</i>	<i>Vencimento</i>
<i>Fisioterapeuta</i>	<i>30 horas semanais</i>	<i>3(três)</i>	<i>R\$ 3.688,07 mensais</i>
<i>Médico Intensivista Plantonista</i>	<i>12 horas semanais</i>	<i>1(um)</i>	<i>R\$1.831,00 por plantão de 12 horas</i>
<i>Técnico de Enfermagem</i>	<i>40 horas semanais</i>	<i>20(vinte)</i>	<i>R\$ 1.367,77 mensais</i>

- Além do Vencimento Básico por plantão, farão jus ao Vale Alimentação no valor de R\$530,00 mensais.



ANEXO III

QUADRO DE DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS

1-Fisioterapeuta

PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO	PONTOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA
*Curso com carga horária acima de 20 horas até 50 horas	4	4
*Curso com carga horária acima de 50 horas	6	6
PONTUAÇÃO MÁXIMA	10	

PONTUAÇÃO POR EXPERIENCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO EM INSTITUIÇÃO PRIVADA	Pontuação	
	ANO(S)	PONTOS
Experiência de Exercício na Função de Fisioterapeuta Respiratória, Cardiopulmonar, Terapia Intensiva ou Urgência e Emergência em instituição privada.	6 a 12 meses	25
	13 a 24 meses	40
	23 a 36 meses	60
	37 a 48 meses	70
	Mais de 48 meses	90
PONTUAÇÃO MÁXIMA		90
PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA		100



2-Médico Intensivista Plantonista

QUADRO I - MÉDICO GENERALISTA/PLANTONISTA			
PONTUAÇÃO POR TREINAMENTOS, CURSOS DE CAPACITAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E ESPECIALIZAÇÃO		PONTOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA
Residência ou Especialização em <u>Clínica Médica, Cirurgia Geral, Anestesiologia ou áreas afins.</u>		30,0	
Participação em cursos ou congressos na área de interesse (cada item 2,5, no máximo 5,0)		5,0	
Aprovação no ACLS nos últimos 2 anos		5,0	
PONTUAÇÃO MÁXIMA			40,00
QUADRO II - MÉDICO GENERALISTA/PLANTONISTA			
PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO			
Tempo de serviço prestado como médico na especialidade médica <u>Clínica Médica</u>, em instituição Hospitalar privada.	MESES	PONTOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA
	No mínimo 04 meses	8,0	
	05 a 23 meses	10,0	
	24 a 35 meses	12,0	
	36 a 47 meses	14,0	
	Mais de 48 meses	16,0	
PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO			60,0
PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II			100,00



3-Técnico de Enfermagem

PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO NO ATENDIMENTO DE PACIENTES	PONTOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA
Cursos na area de atuação com carga horária acima de 20 horas	5	5
Certificado de Graduação na area da Saúde	10	10
PONTUAÇÃO MÁXIMA	15	15
PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO:	Pontuação atribuída ao exercício sem sobreposição de tempo.	
Experiência no Exercício de Técnico de Enfermagem em instituição Hospitalar privada.	ANO(S)	PONTOS
	6 a 12 meses	25
	13 a 24 meses	40
	25 a 36 meses	55
	37 a 48 meses	70
	Mais de 48 meses	85
PONTUAÇÃO MÁXIMA		85
PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA		100



ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS E/OU DE PROVENTOS	
Nome:	
Cargo:	
Declaro, tendo lido o disposto no artigo 37, incisos XVI e XVII e § 10, 40, § 6º, da Constituição Federal, nos arts. 118, 119 e 120 da Lei nº 8.112/90, alterados pela Lei nº 9.527/97, na Súmula do TCU nº 246/2002, publicada no DOU de 5/4/2002, e no ACÓRDÃO do TCU nº 54/2007, publicado no DOU de 8/2/2007, transcritos no verso, que:	
<input type="checkbox"/> Não recebo proventos de aposentadoria decorrentes de cargo(s), emprego(s) e/ou função(ões) pública(s), incluídas as autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e Fundações mantidas pelo Poder Público.	
<input type="checkbox"/> Recebo proventos de aposentadoria decorrentes de cargo(s), emprego(s) e/ou função(ões) pública(s), incluídas as autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e Fundações mantidas pelo Poder Público, conforme anexa cópia do contracheque.	
<input type="checkbox"/> Não acumulo cargo(s), emprego(s) e/ou função(ões) pública(s), incluídas as autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e Fundações mantidas pelo Poder Público.	
<input type="checkbox"/> Acumulo cargo(s), emprego(s) e/ou função(ões) pública(s), incluídas as autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e Fundações mantidas pelo Poder Público, abaixo discriminado: OUTRO ÓRGÃO: _____ CARGO/EMPREGO/FUNÇÃO: _____ CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____	
A carga horária declarada respeita a jornada semanal máxima de 60 (sessenta) horas de trabalho, em observância ao entendimento consolidado pelo Tribunal de Contas da União no Acórdão no 54/2007, publicado no DOU de 8/2/2007, conforme anexa Declaração do órgão informado. Em decorrência do exercício do cargo neste Tribunal, passo a acumular:	
<input type="checkbox"/> Um cargo de professor com outro técnico ou científico. <input type="checkbox"/> Dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde. <input type="checkbox"/> Outro: _____.	
<input type="checkbox"/> Não percebo auxílio-alimentação, assistência pré-escolar e/ou benefícios de espécie semelhante no órgão/empresa em que acumulo cargo.	
<input type="checkbox"/> Percebo auxílio-alimentação, assistência pré-escolar e/ou benefícios de espécie semelhante no órgão/empresa em que acumulo cargo.	
Declaro, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações prestadas no presente documento.	
Patos de Minas, _____ de _____ de _____.	
_____ Assinatura	



LEGISLAÇÃO

CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

XVI - é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto, quando houver compatibilidade de horários, observado em qualquer caso o disposto no inciso XI. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

a) a de dois cargos de professor; (Incluída pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

b) a de um cargo de professor com outro técnico ou científico; (Incluída pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

c) a de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 34, de 2001)

XVII - a proibição de acumular estende-se a empregos e funções e abrange autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias, e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo poder público; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

§ 10. É vedada a percepção simultânea de proventos de aposentadoria decorrentes do art. 40 ou dos arts. 42 e 142 com a remuneração de cargo, emprego ou função pública, ressalvados os cargos acumuláveis na forma desta Constituição, os cargos eletivos e os cargos em comissão declarados em lei de livre nomeação e exoneração. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998) (Vide Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

Art. 40. Aos servidores titulares de cargos efetivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluídas suas autarquias e fundações, é assegurado regime de previdência de caráter contributivo e solidário, mediante contribuição do respectivo ente público, dos servidores ativos e inativos e dos pensionistas, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial e o disposto neste artigo. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 41, de 19.12.2003)

§ 6º Ressalvadas as aposentadorias decorrentes dos cargos acumuláveis na forma desta Constituição, é vedada a percepção de mais de uma aposentadoria à conta do regime de previdência previsto neste artigo. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 15/12/98)

LEI 8.112/1990

Da Acumulação

Art. 118. Ressalvados os casos previstos na Constituição, é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos.

§1º A proibição de acumular estende-se a cargos, empregos e funções em autarquias, fundações públicas, empresas públicas, sociedades de economia mista da União, do Distrito Federal, dos Estados, dos Territórios e dos Municípios.

§2º A acumulação de cargos, ainda que lícita, fica condicionada à comprovação da compatibilidade de horários.

§3º Considera-se acumulação proibida a percepção de vencimento de cargo ou emprego público efetivo com proventos da inatividade, salvo quando os cargos de que decorram essas remunerações forem acumuláveis na atividade. (Incluído pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 119. O servidor não poderá exercer mais de um cargo em comissão, exceto no caso previsto no parágrafo único do art. 9º, nem ser remunerado pela participação em órgão de deliberação coletiva. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

Art. 120. O servidor vinculado ao regime desta Lei, que acumular licitamente dois cargos efetivos, quando investido em cargo de provimento em comissão, ficará afastado de ambos os cargos efetivos, salvo na hipótese em que houver compatibilidade de horário e local com o exercício de um deles, declarada pelas autoridades máximas dos órgãos ou entidades envolvidos. (Redação dada pela Lei nº 9.527, de 10.12.97)

SÚMULA do TCU nº 246 (publicada no DOU de 5/4/2002)

“O fato de o servidor **licenciar-se, sem vencimentos**, do cargo público ou emprego que exerça em órgão ou entidade da administração direta ou indireta **não o habilita a tomar posse em outro cargo ou emprego público**, sem incidir no exercício cumulativo vedado pelo artigo 37 da Constituição Federal, pois que o instituto da acumulação de cargos se dirige à titularidade de cargos, empregos e funções públicas, e não apenas à percepção de vantagens pecuniárias.” (grifo nosso)

ACÓRDÃO do TCU nº 54/2007 - Segunda Câmara (publicada no DOU de 8/2/2007)

PESSOAL. ADMISSÃO. ACUMULAÇÃO DE CARGOS. PROFISSIONAIS DE SAÚDE. INCOMPATIBILIDADE DE HORÁRIOS. ILEGALIDADE. LIMITE MÁXIMO ADMITIDO PARA ACUMULAÇÃO DE CARGOS OU EMPREGOS PÚBLICOS. NÃO DESCARACTERIZAÇÃO DO VÍNCULO DO SERVIDOR COM A ADMINISTRAÇÃO NO CASO DA LICENÇA DO CARGO.

1. É ilegal a acumulação de cargo e emprego públicos privativos de profissionais de saúde quando não observada a compatibilidade de horários.

2. A jurisprudência do TCU tem admitido como **limite máximo em casos de acumulação** de cargos ou empregos públicos **a jornada de trabalho de 60 (sessenta) horas semanais**.

3. A licença do cargo não descaracteriza o vínculo jurídico do servidor com a administração, podendo, inclusive, ser interrompida, a qualquer tempo, no interesse do serviço ou a pedido do servidor. (grifo nosso)

ATO.DILEP.CIF.SEGPES.GDGSET.GP Nº 89, de 23/2/2016

Art. 3º O auxílio alimentação, de caráter indenizatório, **não poderá ser:**

I - percebido cumulativamente com outros de espécie semelhante.

ATO CONJUNTO.TST.CSJT Nº 3, de 1º/3/2013

Art. 6º É vedada a acumulação do benefício do Programa de Assistência Pré-escolar com outro de igual finalidade que o magistrado, servidor ou os outros responsáveis percebam, para o mesmo dependente, em entidade da Administração Pública, ainda que em regime legal de acumulação de cargo ou emprego público. Parágrafo único. Na hipótese de acumulação legal de cargos, fica ressalvado o direito de opção para o recebimento do benefício.



ANEXO VII

 PREFEITURA DE PATOS DE MINAS			
DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA SERVIDOR CONTRATADO/COMISSIONADO/AGENTE POLÍTICO			
Nome do servidor:		Matrícula:	
Endereço (Rua, Av, Pça..... N°.....Apartamento...:)		CEP da Rua ou Cidade:	
Bairro:	Cidade:		CPF N°:
E-mail :	Telefone Fixo:	Telefone Celular:	
Cargo:		Secretaria:	
Como você se autodeclara? () Preto () Pardo () Branco () Outro _____			
TERMO DE RESPONSABILIDADE - CONCESSÃO DE SALÁRIO FAMÍLIA			
*Filho(a) até 14 anos		*Filho(a) inválido de qualquer idade	
BENEFICIÁRIOS			
NOME	Parentesco	Data Nascimento	CPF N°:
1)			
2)			
Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE , declaro estar ciente que deverei comunicar a ocorrência de qualquer fato que determine a perda do direito ao SALÁRIO FAMÍLIA , sob pena de devolução das importâncias recebidas indevidamente e ainda sujeitar-me às penalidades previstas em lei.			
DECLARAÇÃO PARA DEPENDENTES DE IMPOSTO DE RENDA			
*Filho(a) até 21 anos.		*Filho(a) inválido de qualquer idade.	
*Filho(a) até 24 anos, desde que esteja cursando o 2º GRAU ou a UNIVERSIDADE, e ainda apresente a DECLARAÇÃO ESCOLAR, todo início de ano letivo.			
DECLARO PARA FINS DE DESCONTOS <u>DE IMPOSTO DE RENDA</u> que tenho os seguintes DEPENDENTES:			
NOME	Parentesco	Data Nascimento	CPF N°:
1)			
PATOS DE MINAS, DATA: ____/____/____		Assinatura do servidor:	



ANEXO VIII

DECLARAÇÃO DE NÃO DEMISSÃO DO SERVIÇO PÚBLICO

NOME:		
RG:	ORGÃO EXPEDIDOR:	CPF:
ENDEREÇO:		
CEP:	MUNICÍPIO:	UF:

DECLARA

Sob as penas da lei e para os devidos fins e efeitos, que não foi demitido(a) a bem do serviço público, de cargo público efetivo, ou destituído de cargo em comissão, ou de função pública, em órgão da União, Estados e Municípios, nos últimos 05 (cinco) anos anteriores à data desta declaração. Para clareza firma a presente declaração para que promova todos os efeitos legais.

Patos de Minas, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do Declarante



ANEXO IX



Prefeitura de
Patos de Minas

Compromisso com o povo.

PREFEITURA DE PATOS DE MINAS

DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E ACOMPANHAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

AUTORIZAÇÃO DE CRÉDITO

DATA: ____/____/____.

À GERÊNCIA DE CONTROLE E REGISTRO DE PESSOAL

Eu _____

MATRÍCULA _____, AUTORIZO CREDITAR MEU PAGAMENTO CONFORME INFORMAÇÕES ABAIXO:

CONTA Nº _____

AGÊNCIA Nº _____

NOME DO BANCO _____

OPERAÇÃO _____

Assinatura do Servidor ou do Estagiário



ANEXO X

DECLARAÇÃO

Eu, _____
venho por meio deste, declarar junto à Prefeitura Municipal de Patos de
Minas, que o número da inscrição do cadastramento do meu PIS/PASEP é

Patos de Minas, ____/____/____.

Assinatura do Servidor



ANEXO XI

1 -AUTO DECLARAÇÃO

Eu, _____, portador(a) do RG n°/órgão expedidor _____ e do CPF n° _____._____._____ - _____, residente e domiciliado à Rua/AV: _____, N° _____, complemento _____, Bairro _____, município de _____, candidato ao cargo de _____, declaro estar em pleno gozo de minha saúde física e mental para exercer as funções inerentes ao cargo.

Atestado de Saúde Ocupacional dispensado em função da necessidade de enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do Coronavírus no município de Patos de Minas.

Patos de Minas, ____ de _____ de 2021.

Assinatura



2- QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS:

1. NOME: _____
2. CPF: _____ RG: _____ SEXO: F M
3. DATA DE NASCIMENTO: _____/_____/_____ IDADE (anos): _____
4. PESO(kg): _____ ALTURA(cm): _____
5. CARGO: _____
6. ESTÁ FAZENDO ALGUM TRATAMENTO MÉDICO ATUAL?
NÃO
SIM QUAL: _____
7. FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO?
NÃO
SIM QUAL: _____
8. FAZ OU JÁ FEZ USO DE DROGAS IMUNOSSUPRESSORAS (METOTREXATO, CORTICOTERAPIA, CICLOSPORINA, AZATIOPRINA, ETC)?
NÃO
SIM QUAL: _____
9. JÁ REALIZOU ALGUMA CIRURGIA?
NÃO
SIM QUAL: _____
10. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA RESPIRATÓRIA? (ASMA, BRONQUITE, ENFISEMA, DESVIO DE SEPTO, ADENOIDE, SINUSITE, RINITE, OUTRAS). SIM NÃO
NÃO
SIM QUAL: _____
11. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA CARDIOVASCULAR? (HIPERTENSÃO ARTERIAL, DOENÇA DE CHAGAS, DOENÇA CORONARIANA, VARIZES, VALVULOPATIAS, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, ARRITMIAS, OUTRAS).
NÃO
SIM QUAL: _____
12. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA MUSCULOESQUELÉTICA? (HÉRNIA DISCO, LESÃO DE MENISCO E OU LIGAMENTOS, BURSITE, ARTRITES, ARTROSES, GOTA, LÚPUS, TENOSSINOVITES, LORDOSE, OUTRAS).
NÃO
SIM QUAL: _____
13. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA DO APARELHO AUDITIVO? (SURDEZ, OTITES, LABIRINTITE, OUTROS).
NÃO
SIM QUAL: _____

GESAT - Gerencia de Saúde Ocupacional, Segurança no Trabalho e Assistência ao Servidor.

14. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA DA VISÃO? (MIOPIA, ESTRABISMO, GLAUCOMA, HIPERMETROPIA, ASTIGMATISMO, CATARATA, CERATOCONE, RETINOPATIA, CEGUEIRA, OUTRAS).



NÃO

SIM QUAL: _____

15. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA DO APARELHO DIGESTIVO? (GASTRITE, ÚLCERA, COLITE, CIRROSE, HEPÁTICA, HEPATITE, HÉRNIA, PANCREATITE, DOENÇA DA VESÍCULA BILIAR, HEMORROIDAS, DIVERTICULITE, OUTRAS).

NÃO

SIM QUAL: _____

16. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA NEUROLÓGICA? (ENXAQUECA, MAL DE PARKINSON, DOENÇA DE ALZHEIMER, EPILEPSIA, TUMORES, PARALISIA, SEQUELA DE DERRAME, OUTRAS).

NÃO

SIM QUAL: _____

17. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA ENDÓCRINA? (DIABETES, HIPERTIREOIDISMO, DISLIPIDEMIA – COLESTEROL ALTO, HIPOTIREOIDISMO, DESNUTRIÇÃO, OBESIDADE, OUTRAS)

NÃO

SIM QUAL: _____

18. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA PSIQUIÁTRICA OU DEPENDÊNCIA QUÍMICA? (PSICOSE, DEPRESSÃO, ANSIEDADE, INSÔNIA, TENTATIVAS DE SUICÍDIO, USO DE OUTRAS DROGAS).

NÃO

SIM QUAL: _____

19. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA DE PELE (MICOSES, SARNAS, ERISPELA, PSORÍASE...) OU ALÉRGICAS?

NÃO

SIM QUAL: _____

20. APRESENTA OU JÁ APRESENTOU ALGUMA DOENÇA INFECTOCONTAGIOSA?
NÃO

SIM QUAL: _____

21. FAZ USO DE PRÓTESE (S), ÓRTESE (S) (PINO, PARAFUSO, PLACA, FIOS, SILICONE, OUTROS).

NÃO

SIM QUAL: _____

22. SOFRE DE ALGUMA DOENÇA OCUPACIONAL? (LER, DORT, LOMBALGIA, HÉRNIA, ARTROSE, PNEUMOCONIOSE, OUTRAS).

NÃO

SIM QUAL: _____

GESAT - Gerencia de Saúde Ocupacional, Segurança no Trabalho e Assistência ao Servidor.

23. É TABAGISTA?

NÃO

SIM CIGARROS/DIA? _____. HÁ QUANTO TEMPO? _____

24. É ETILISTA (CONSUME BEBIDA ALCOÓLICA)?

NÃO

SIM QUANTIDADE: _____ FREQUÊNCIA: _____



25. ESTÁ AFASTADO DO TRABALHO POR MOTIVO DE DOENÇA?

NÃO

SIM QUAL: _____

26. SOFRE DE ALGUMA SEQUELA DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRABALHO?

NÃO

SIM QUAL: _____

27. SOFRE DE ALGUMA OUTRA DOENÇA NÃO DESCRITA NESTA DECLARAÇÃO?

NÃO

SIM QUAL: _____

28. FAZ PARTE DO GRUPO DE RISCO: IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 60 ANOS; CARDIOPATIAS GRAVES OU DESCOMPENSADOS (INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, CARDIOPATIA ISQUÊMICA); PNEUMOPATIAS GRAVES OU DESCOMPENSADOS (ASMA MODERADA/GRAVE, DPOC); DOENÇAS RENAIIS CRÔNICAS EM ESTÁGIO AVANÇADO (GRAUS 3, 4 E 5); DIABETES MELLITUS, CONFORME JUÍZO CLÍNICO; DOENÇAS CROMOSSÔMICAS COM ESTADO DE FRAGILIDADE IMUNOLÓGICA; GESTAÇÃO E PUERPÉRIO; PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS E COGNITIVAS FÍSICAS; ESTADOS DE IMUNOCOMPROMETIMENTO, DEVIDO AO USO DE MEDICAMENTOS OU DOENÇAS, INCLUINDO OS PORTADORES DE HIV/AIDS E NEOPLASIAS; DOENÇAS NEUROLÓGICAS.

NÃO

SIM QUAL: _____

PATOS DE MINAS/MG, ____/____/_____.

ASSINATURA DO CANDIDATO OU FUNCIONÁRIO.