



## **CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 010/2021 Situação Emergencial Gerada pela Pandemia COVID-19**

O Prefeito Municipal de Patos de Minas **TORNA PÚBLICO**, que estará aberto o Chamamento Público Emergencial nº 010/2021, **a partir das 18h00min (conforme horário de Brasília) do dia 10 de março de 2021 até as 24h00min (conforme horário de Brasília) do dia 14 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 em Fisioterapia Respiratória, Cardiorespiratória, Terapia Intensiva ou Residência que comprove uma das especializações**, 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 **Farmacêutico**: conclusão de curso de graduação de nível superior em **Farmácia**, 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**.



**2.3** Para a função de **Médico Infectologista**: 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** e **especialização ou residência em Infectologia**.

**2.4** Para a função de **Médico Especialista Cirurgião Geral 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 devidamente registrado no **Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais - CRM-MG**, **Especialização em Cirurgia Geral** ou **experiência de no mínimo 6(seis) meses na função de Médico Cirurgião Geral**.

**2.5** Para a função de **Médico Generalista Plantonista**: conclusão do curso de graduação de **nível superior em Medicina**, concluído em instituição de ensino reconhecida pelos sistemas federal ou estaduais de ensino, registrado no **Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais – CRM**.

**2.6** Para a função de **Nutricionista**: conclusão do curso de graduação de **nível superior em Nutrição**, concluído em instituição de ensino reconhecida pelos sistemas federal ou estaduais de ensino e devidamente registrado no **Conselho Regional de Nutricionistas do Estado de Minas Gerais** e **Especialização em Nutrição Hospitalar** ou **experiência na função de Nutricionista Hospitalar**.

**2.7** Para a função de **Psicólogo**: conclusão do curso de graduação de **nível superior em Psicologia**, concluído em instituição de ensino reconhecida pelos sistemas federal ou estaduais de ensino e devidamente registrado no **Conselho Regional de Psicologia do Estado de Minas Gerais**.



**2.8** para a função de **Técnico em Enfermagem**: conclusão do curso 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**.

**2.9** Os pré-requisitos devem ser comprovados por meio de cópias dos diplomas, carteiras do respectivo conselho de categoria ou declarações das instituições devidamente assinadas e timbradas, anexados ao currículo no ato da inscrição.

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

**2.11** 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( por exemplo comprovantes de experiência profissional e cursos de aperfeiçoamento), 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](mailto:saude.chamamento@patosdeminas.mg.gov.br) a partir das 18h00min do dia 10 de março de 2021 até às 24h00min do dia 14 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, devera 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 Santanter
- 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 conclusão de curso de acordo com os pré-requisitos de cada função/cargo (diplomas ou declarações das instituições com a informação de conclusão do curso) – 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](#). **A certidão emitida pela Policia Civil não é válida;**

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](#). **A certidão emitida pela Policia Civil não é válida;**

p) Certidão de quitação com as obrigações eleitorais - Site [TRE/MG](#) > <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 IV ;

t) Declaração de Dependentes, anexo V;

u) Declaração de Não Demissão do serviço público, anexo VI;

v) Autorização de Crédito, anexo VII;

w) Declaração de PIS/PASEP, anexo VIII;

x) Declaração e Antecedentes clinicos e Auto Declaração, anexo IX.

**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** link– [www.patosdeminas.mg.gov.br](http://www.patosdeminas.mg.gov.br) – Chamamento Público Emergencial nº 010/2021 – Situação Emergencial Gerada pela Pandemia COVID-19;

b. **O resultado da classificação no Chamamento Público Emergencial nº 010/2021 Situação Emergencial Gerada pela Pandemia COVID-19, será divulgado exclusivamente na página eletrônica da Prefeitura de Patos de Minas** –link [www.patosdeminas.mg.gov.br](http://www.patosdeminas.mg.gov.br): **Chamamento Público Emergencial nº 010/2021, em 16 de março de 2021, a partir das 12:00 horas;**

c. O Candidato convocado deverá estar disponível para assumir a escala de atividades funcionais, em local estabelecido pela Secretaria de Saúde, em **1 (um) dia, 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 por igual período, 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, 10 de março 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	Secretaria Municipal de <b>Saúde</b>	CHAMAMENTO PÚBLICO EMERGENCIAL Nº 010/2021 Situação Emergencial Gerada pela Pandemia COVID-19	
<b>CURRÍCULO PADRÃO</b>			
<b>OBS: FAVOR PREENCHER TODOS OS CAMPOS (NÃO SERÁ ACEITO CURRÍCULO COM PREENCHIMENTO INCOMPLETO)</b>			
<b>I – FUNÇÃO PRETENDIDA</b>			
Função:			
<b>II – INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>			
Nome completo:			
Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino			
Data de nascimento:			
Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado			
Endereço - (Rua, Av.):		Nº:	Complemento:
Bairro:		Cidade:	
Estado:		CEP:	
Telefone fixo: ( ) _____ Telefone celular: ( ) _____			
Telefone recado: ( ) _____			
E-mail:			
<b>III – ESCOLARIDADE/ FORMAÇÃO ACADÊMICA</b>			
Curso concluído:		Instituição de Formação:	
Data de Conclusão:			
Curso superior concluído:		Instituição de Formação:	
Data de Conclusão:			





**Pós-Graduação concluído:** \_\_\_\_\_ **Instituição de Formação:** \_\_\_\_\_

**Data de Conclusão:** \_\_\_\_\_

**Mestrado concluído:** \_\_\_\_\_ **Instituição de Formação:** \_\_\_\_\_

**Data de Conclusão:** \_\_\_\_\_

**Residência concluída:** \_\_\_\_\_ **Instituição de Formação:** \_\_\_\_\_

**Data de Conclusão:** \_\_\_\_\_

**Doutorado concluída:** \_\_\_\_\_ **Instituição de Formação:** \_\_\_\_\_

**Data de Conclusão:** \_\_\_\_\_

**Cursos de Capacitação e Aperfeiçoamento:**

**IV – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

**1. ATUAIS**

( ) Não possui ( ) sim

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

**2. ANTERIORES**

( ) Não possui ( ) Sim

Área de atuação	Tempo de atuação (meses)	Carga Horária Semanal	Tipo de vínculo
			<b>Privado</b>

**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 Básico</i>
<i>Farmacêutico</i>	<i>40 horas semanais</i>	<i>1(um)</i>	<i>R\$ 3.688,07 mensais</i>
<i>Fisioterapeuta</i>	<i>30 horas semanais</i>	<i>1(um)</i>	<i>R\$ 3.688,07 mensais</i>
<i>Médico Infectologista</i>	<i>22 horas semanais</i>	<i>1(um)</i>	<i>R\$ 5.587,81 mensais</i>
<i>Médico Especialista Cirurgião Geral</i>	<i>24 horas semanais</i>	<i>1(um)</i>	<i>R\$ 9.830,62 mensais</i>
<i>Médico Generalista Plantonista</i>	<i>24 horas semanais</i>	<i>1(um)</i>	<i>R\$ 9.830,62 mensais</i>
<i>Nutricionista</i>	<i>40 semanais</i>	<i>2(dois)</i>	<i>R\$ 3.688,07 mensais</i>
<i>Psicólogo</i>	<i>40 semanais</i>	<i>4(quatro)</i>	<i>R\$ 3.688,07 mensais</i>
<i>Técnico de Enfermagem</i>	<i>40 semanais</i>	<i>5(cinco)</i>	<i>R\$ 1.367,77 mensais</i>

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



ANEXO III

QUADRO DE DISTRIBUIÇÃO DE PONTOS

1- Farmacêutico

<b>PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA DE ATUAÇÃO</b>	<b>PONTOS</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
*Curso com carga horária acima de 50 horas	4,00	4,00
*Mestrado na área de atuação	6,00	6,00
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>10,00</b>	

<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO EM INSTITUIÇÃO PRIVADA</b>	<b>Pontuação atribuída ao exercício sem sobreposição de tempo.</b>	
	<b>ANO(S)</b>	<b>PONTOS</b>
Experiência no Exercício da função de Farmacêutico em instituição Hospitalar Privada.	6 a 12 meses	25,00
	13 a 24 meses	40,00
	23 a 36 meses	60,00
	37 a 48 meses	70,00
	Mais de 48 meses	90,00
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>		<b>90,00</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA</b>		<b>100,00</b>



## 2-Fisioterapeuta

<b>QUADRO I</b>		
<b>PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA DE ATUAÇÃO</b>	<b>PONTOS</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
* Curso com carga horária acima de 50 horas	<b>4,00</b>	<b>4,00</b>
* Mestrado na área de atuação	<b>6,00</b>	<b>6,00</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>10,00</b>	

<b>QUADRO II</b>		
<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO EM INSTITUIÇÃO PRIVADA</b>	<b>Pontuação atribuída ao exercício sem sobreposição de tempo.</b>	
Experiência no Exercício da Função de Fisioterapeuta Respiratória, Cardiopulmonar ou Terapia Intensiva em instituição Hospitalar Privada.	<b>ANO(S)</b>	<b>PONTOS</b>
	<b>6 a 12 meses</b>	<b>25,00</b>
	<b>13 a 24 meses</b>	<b>40,00</b>
	<b>23 a 36 meses</b>	<b>60,00</b>
	<b>37 a 48 meses</b>	<b>70,00</b>
	<b>Mais de 48 meses</b>	<b>90,00</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>90,00</b>	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA</b>	<b>100,00</b>	



3-Médico Infectologista

<b>QUADRO I - MÉDICO INFECTOLOGISTA</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA DE ATUAÇÃO</b>		<b>PONTOS</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
Participação em cursos ou congressos na área de interesse (cada item 2,5, no máximo 5,0)		20,00	20,00
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>			<b>20,00</b>
<b>QUADRO II - MÉDICO INFECTOLOGISTA</b>		<b>Pontuação atribuída ao exercício sem sobreposição de tempo.</b>	
Tempo de serviço prestado como médico Infectologista, em instituição Hospitalar privada.	<b>MESES</b>	<b>PONTOS</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
	No mínimo 6 meses	20,00	20,00
	6 a 12 meses	40,00	40,00
	13 a 24 meses	60,00	60,00
	Mais de 24 meses	80,00	80,00
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO</b>			<b>80,00</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II</b>			<b>100,00</b>



4-Médico Especialista Cirurgião Geral

<b>QUADRO I - MÉDICO ESPECIALISTA CIRURGIÃO GERAL/PLANTONISTA</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA DE ATUAÇÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>		<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
<b>Participação em cursos, congressos na Especialidade de <u>Cirurgia Geral</u> (cada item 2,5 –máximo 10,00 pontos)</b>	<b>20,00</b>		<b>20,00</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>20,00</b>		
<b>QUADRO II - MÉDICO ESPECIALISTA CIRURGIÃO GERAL/PLANTONISTA</b>		<b>Pontuação atribuída ao exercício sem sobreposição de tempo.</b>	
<b>Tempo de serviço prestado como médico na especialidade médica <u>Cirurgia Geral</u> em instituição Hospitalar privada.</b>	<b>MESES</b>	<b>PONTOS</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
	<b>No mínimo 6 meses</b>	<b>20,00</b>	<b>20,00</b>
	<b>6 a 12 meses</b>	<b>40,00</b>	<b>40,00</b>
	<b>13 a 24 meses</b>	<b>60,00</b>	<b>60,00</b>
	<b>Mais de 24 meses</b>	<b>80,00</b>	<b>80,00</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO</b>			<b>80,00</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA OBTIDA COM O SOMATÓRIO DAS NOTAS DO QUADRO I COM O QUADRO II</b>			<b>100,00</b>



5-Médico Generalista Plantonista

<b>QUADRO I</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA DE ATUAÇÃO</b>		<b>PONTOS</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
<b>Residência ou Especialização em <u>Clínica Médica</u> ou áreas afins.</b>		<b>30,0</b>	<b>30,00</b>
<b>Participação em cursos ou congressos na área de interesse (cada item 2,5, no máximo 5,0)</b>		<b>2,50</b>	<b>5,00</b>
<b>Aprovação no ACLS nos últimos 2 anos</b>		<b>5,00</b>	<b>5,00</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>			<b>40,00</b>
<b>QUADRO II</b>			
<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO MÉDICO</b>			<b>Pontuação atribuída ao exercício sem sobreposição de tempo.</b>
<b>Tempo de serviço prestado como médico na especialidade médica <u>Clínica Médica</u>, em instituição Hospitalar privada.</b>	<b>MESES</b>	<b>PONTOS</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
	<b>No mínimo 11 meses</b>	<b>8,00</b>	<b>8,00</b>
	<b>12 a 23 meses</b>	<b>10,00</b>	<b>10,00</b>
	<b>24 a 35 meses</b>	<b>12,00</b>	<b>12,00</b>
	<b>36 a 47 meses</b>	<b>14,00</b>	<b>14,00</b>
	<b>Mais de 48 meses</b>	<b>16,00</b>	<b>16,00</b>
<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>



**6-Nutricionista**

<b>QUADRO I - Nutricionista</b>		
<b>PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA DE ATUAÇÃO</b>	<b>PONTOS</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
* Curso com carga horária acima de 50 horas	5,00	5,00
*Pós-Graduação na área de Atuação	15,00	15,00
*Mestrado na área de Atuação	20,00	20,00
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>40,00</b>	<b>40,00</b>

<b>QUADRO II - Nutricionista</b>		
<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIENCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO</b>	<b>Pontuação atribuída ao exercício sem sobreposição de tempo.</b>	
Experiência de Exercício na Função de Nutricionista Hospitalar em instituição privada.	<b>ANO(S)</b>	<b>PONTOS</b>
	6 a 12 meses	15,00
	13 a 24 meses	30,00
	23 a 36 meses	45,00
	Mais de 36 meses	60,00
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>60,00</b>	
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>100,00</b>	





7- Psicólogo

<b>QUADRO I - Psicólogo</b>		
<b>PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO</b>	<b>PONTOS</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
* Curso com carga horária acima de 50 horas	5,00	5,00
*Pós-Graduação na área de Atuação	15,00	15,00
*Mestrado na área de Atuação	20,00	20,00
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>40,00</b>	

<b>QUADRO II - Psicólogo</b>		
<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIENCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO</b>	<b>Pontuação atribuída ao exercício sem sobreposição de tempo.</b>	
Experiência de Exercício na Função de Psicólogo Hospitalar em instituição privada.	<b>ANO(S)</b>	<b>PONTOS</b>
	6 a 12 meses	15,00
	13 a 24 meses	30,00
	23 a 36 meses	45,00
	Mais de 36 meses	60,00
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>		<b>100,00</b>



8- Técnico de Enfermagem

<b>PONTUAÇÃO POR CAPACITAÇÃO E/OU APERFEIÇOAMENTO NO ATENDIMENTO DE PACIENTES</b>	<b>PONTOS</b>	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>
Cursos na area de atuação com carga horária acima de 20 horas	5,00	5,00
Certificado de Graduação na area da Saúde	10,00	10,00
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>	<b>15,00</b>	<b>15,00</b>
<b>PONTUAÇÃO POR EXPERIÊNCIA DE EXERCÍCIO NA FUNÇÃO:</b>	<b>Pontuação atribuída ao exercício sem sobreposição de tempo.</b>	
Experiência no Exercício de Técnico de Enfermagem em instituição Hospitalar privada.	<b>ANO(S)</b>	<b>PONTOS</b>
	6 a 12 meses	25,00
	13 a 24 meses	40,00
	25 a 36 meses	55,00
	37 a 48 meses	70,00
	Mais de 48 meses	85,00
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA</b>		<b>85,00</b>
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA ALCANÇÁVEL NA ETAPA</b>		<b>100,00</b>



ANEXO IV

<b>DECLARAÇÃO DE ACUMULAÇÃO DE CARGOS E/OU DE PROVENTOS</b>	
<b>Nome:</b>	
<b>Cargo:</b>	
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 lícitamente 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 V

<b>PREFEITURA DE PATOS DE MINAS</b>			
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)			
3)			
4)			
Pelo presente <b>TERMO DE RESPONSABILIDADE</b> , declaro estar ciente que deverei comunicar a ocorrência de qualquer fato que determine a perda do direito ao <b>SALÁRIO FAMÍLIA</b> , 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 <b>DECLARAÇÃO ESCOLAR</b> , todo início de ano letivo.			
DECLARO PARA FINS DE DESCONTOS <u>DE IMPOSTO DE RENDA</u> que tenho os seguintes <b>DEPENDENTES</b> :			
NOME	Parentesco	Data Nascimento	CPF N°:
1)			
2)			
3)			
4)			
PATOS DE MINAS,  DATA: ____/____/____	Assinatura do servidor:		



ANEXO VI

**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 VII



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 VIII

## 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 IX

**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 DESCOMPENSADAS (INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, CARDIOPATIA ISQUÊMICA); PNEUMOPATIAS GRAVES OU DESCOMPENSADAS (ASMA MODERADA/GRAVE, DPOC); DOENÇAS RENAIAS 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.