



DECRETO 47901, DE 30/03/2020 - TEXTO ORIGINAL

Dispõe sobre o exame admissional, durante o período da epidemia de doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus – COVID-19, no âmbito dos órgãos, autarquias e fundações do Poder Executivo, e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, no uso de atribuição que lhe confere o inciso VII do art. 90 da Constituição do Estado e tendo em vista o disposto no inciso VI do art. 13 da Lei nº 869, de 5 de julho de 1952, e no Decreto NE nº 113, de 12 de março de 2020,

DECRETA:

Art. 1º – O exame admissional exigido para a posse, exclusivamente, em cargo de provimento em comissão de recrutamento amplo ou para celebração de contrato temporário, a que se refere à Lei nº 18.185, de 4 de junho de 2009, durante o período que durar a situação de emergência em saúde pública de que trata o Decreto NE nº 113, de 12 de março de 2020, poderá ser substituído pela apresentação de atestado de saúde ocupacional, emitido por profissional médico assistente, e apresentação do Questionário de Antecedentes Clínicos, constante no Anexo I.

§ 1º – A documentação de que trata o caput deverá ser apresentada à autoridade responsável pelo ato de posse ou pela contratação temporária.

§ 2º – A unidade de recursos humanos do órgão, autarquia e fundação deverá:

I – enviar, em envelope lacrado, o original do Questionário de Antecedentes Clínicos e cópia do atestado de saúde ocupacional à Superintendência Central de Perícia Médica e Saúde Ocupacional da Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão;

II – arquivar o atestado de saúde ocupacional na pasta funcional do servidor ou do contratado.

Art. 2º – O servidor que apresentar sintomas característicos da doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus – COVID-19 fica impedido de se apresentar ao órgão ou entidade de exercício, por quatorze dias corridos.

§ 1º – O servidor deverá comunicar prontamente a situação à chefia imediata, que determinará as medidas necessárias para, sendo possível, viabilizar a realização de suas atividades em regime especial de teletrabalho, nos termos de regulamento, sem prejuízo da remuneração.

§ 2º – Na impossibilidade de realizar as atividades no regime especial de teletrabalho, de que trata o § 1º, o servidor será afastado de suas atividades laborais, mediante apresentação à chefia imediata de declaração preenchida e assinada, conforme Anexo II.

§ 3º – Havendo necessidade de afastamento superior a quatorze dias corridos, o servidor deverá requerer a licença para tratamento de saúde, nos termos da legislação vigente.

Art. 3º – O servidor que tiver contato com pessoa infectada pelo agente novo coronavírus – Sars-CoV-2 e não revelar sintomas característicos da doença fica impedido de se apresentar ao seu órgão ou entidade de exercício, por sete dias corridos.

§ 1º – O servidor deverá comunicar prontamente a situação à chefia imediata, que determinará as medidas necessárias para, sendo possível, viabilizar a realização de suas atividades em regime especial de teletrabalho, nos termos de regulamento, sem prejuízo da remuneração.

§ 2º – Na impossibilidade de realizar as atividades no regime especial de teletrabalho, de que trata o § 1º, o servidor será afastado de suas atividades laborais, mediante apresentação à chefia imediata de declaração preenchida e assinada, conforme Anexo III.

§ 3º – O disposto no caput não se aplica às unidades de áreas finalísticas dos órgãos, autarquias e fundações que prestam serviços de natureza médico-hospitalar e segurança pública.

Art. 4º – Fica dispensado o comparecimento do servidor que apresentar sintomas característicos da COVID-19 à unidade pericial.

Art. 5º – Durante os afastamentos previstos no § 2º do art. 2º e no § 2º do art. 3º, o servidor não terá direito a auxílio ou ajuda de custo para despesas com alimentação, nem ajuda de custo a que se refere o art. 189 da Lei nº 22.257, de 27 de julho de 2016.

Art. 6º – Aplica-se, no que couber, o disposto nos arts. 2º e 3º:

I – ao estagiário de órgão, autarquia, fundação ou empresa estatal dependente do Poder Executivo;

II – ao contratado temporário de órgão, autarquia, ou fundação do Poder Executivo;

III – ao empregado de empresa estatal dependente do Poder Executivo.

Art. 7º – Fica revogado o art. 5º do Decreto nº 47.886, de 15 de março de 2020.

Art. 8º – Este decreto entra em vigor na data de publicação.

Belo Horizonte, aos 30 de março de 2020; 232º da Inconfidência Mineira e 199º da Independência do Brasil.

ROMEU ZEMA NETO

ANEXO I

(a que se refere o caput do art. 1º do Decreto nº 47.901, de 30 de março de 2020)

QUESTIONÁRIO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS

NOME: _____

CPF: _____ RG: _____ SEXO: F M

IDADE: _____

CARGO: _____ MASP (se tiver): _____

01- Informar sobre os sintomas ou alterações abaixo relacionadas:

SINTOMAS/ALTERAÇÕES	SIM	NÃO
Dor no peito		
Alterações na voz		
Distúrbios do sono		

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

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

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

04 – Já sofreu internação hospitalar (por doença, cirurgia ou outro procedimento)?
() Não () Sim. Qual(is)?

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

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

Por quais períodos? _____.

Por quais motivos? _____.

07 - Apresenta ou já apresentou problema de audição ou visão?
() Não () Sim. Qual(is)?

08 – É tabagista?

() Não () Sim. Cigarros/dia? _____.

Há quanto tempo? _____.

09 – É etilista (consome bebida alcoólica)?

() Não () Sim.

Quantidade: _____ Frequência: _____.

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

() Não () Sim. Qual(is)?

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

() Não () Sim. Qual(is)?

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

() Não () Sim. Qual(is)?

13 – Apresenta ou já apresentou alguma doença infectocontagiosa?

() Não () Sim. Qual(is)?

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

() Não () Sim. Qual(is)?

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

() Não () Sim. Qual(is)?

16 – Já teve algum acidente de trânsito?

() Não () Sim. Qual(is)?

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

() Não () Sim.

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

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

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura do declarante

ANEXO II

(a que se refere o § 2º do art. 2º do Decreto nº 47.901, de 30 de março de 2020)

DECLARAÇÃO

Eu, _____, Masp _____,

CPF _____, RG _____, declaro apresentar os sintomas da doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus (COVID-19) e estou impossibilitado(a) de comparecer, presencialmente, no local de trabalho, (órgão/entidade/unidade administrativa):

Sintomas apresentados:

- Febre (branda ou alta)
- Tosse
- Dor de garganta
- Diarreia
- Cansaço
- Dificuldade de respirar
- Dor de cabeça
- Coriza
- Dor muscular

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 III

(a que se refere o § 2º do art. 3º do Decreto nº 47.901, de 30 de março de 2020)

DECLARAÇÃO

Eu, _____, Masp _____,

CPF _____, RG _____, declaro que tive contato com pessoa infectada pelo agente Coronavírus (COVID-19) e estou impossibilitado(a) de me apresentar, presencialmente, no local de trabalho, (órgão/entidade/unidade administrativa):

Local/situação do contato com o infectado: _____.

Sintomas apresentados pelo infectado:

- Febre (branda ou alta)
- Tosse
- Dor de garganta
- Diarreia
- Cansaço
- Dificuldade de respirar
- Dor de cabeça
- Coriza

Dor muscular

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