



**PORTARIA Nº 008 DE 09 DE ABRIL DE 2020**

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO MATEUS, ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, HENRIQUE LUIS FOLLADOR, NO USO DAS ATRIBUIÇÕES QUE LHE SÃO CONFERIDAS POR LEI:

**CONSIDERANDO** O DECRETO MUNICIPAL Nº 11.353/2020, que declara situação de emergência em saúde pública no Município de São Mateus, em virtude de pandemia anunciada pela Organização Mundial de Saúde, classificada e codificada como Epidemia – Doença Infecciosa Viral – COVID-19 – Novo Coronavírus – SARS-CoV-2 – COBRADE 1.5.1.1.0, tendo em vista a necessidade do emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública;

**CONSIDERANDO** O DECRETO MUNICIPAL Nº 11.366/2020 que dispõe e consolida as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do Coronavírus (COVID-19) de prevenção e de redução de circulação e aglomeração de pessoas e dá outras providências.

**CONSIDERANDO** A NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020, com as orientações para serviços de saúde e dispõe sobre as medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2);

**CONSIDERANDO** a complexidade e gravidade decorrente da pandemia do Coronavírus COVID-19 e a necessidade de otimizar a disponibilização de serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para contenção da pandemia do COVID-19.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MATEUS  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

---

**RESOLVE:**

**DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Art. 1º** - Esta portaria institui a Ação Estratégica “ TODOS CONTRA O CORONAVÍRUS” voltada à cadastrar profissionais voluntários da área de saúde, com objetivo de otimizar a disponibilização de serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para contenção da pandemia do Novo Coronavírus COVID-19.

**Parágrafo único.** As medidas previstas nesta Ação Estratégica serão executadas enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública decorrente do COVID-19.

**Art. 2º** - A Ação Estratégica será implementada pela adesão e participação voluntária de médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, recepcionista e auxiliar de serviços gerais.

Parágrafo único. Os profissionais participantes voluntários receberão certificado da participação no esforço de contenção da pandemia do COVID-19, com a respectiva carga horária.

**DA INSCRIÇÃO**

Art. 3º - Para realizar a inscrição, é necessário que o voluntário preencha o formulário modelo em anexo no link <https://forms.gle/9XgVDgBFM3HS8Ppw7> com todas as informações requeridas, ou na impossibilidade, preencher o formulário ANEXO I, e entregá-lo no endereço: **Rua: Alberto Sartório, Nº 404 - Bairro Carapina – CEP 29.933-060 - São Mateus – ES, no RH da Secretaria Municipal de Saúde.**

**REGISTRA-SE**

**PUBLICA-SE**

**CUMPRA-SE**

Gabinete do Secretário Municipal de Saúde de São Mateus, Estado do Espírito Santo, aos nove (09) dias do mês de abril (04) de dois mil e vinte (2020).

**HENRIQUE LUIS FOLLADOR**  
Secretário Municipal de Saúde  
Decreto Nº 10.220/2018



## ANEXO I

### Ficha de Inscrição para o banco de dados de Voluntários para o enfrentamento ao Coronavírus no Município de São Mateus-ES

Este FORMULÁRIO promove a inscrição de Voluntários no banco de dados do enfrentamento ao Coronavírus no Município de São Mateus-ES, no ano de 2020.

Considerando o **Decreto Municipal nº 11.366/2020**, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus – COVID-19, em estado de excepcionalidade, a **Secretaria Municipal de Saúde** promove a inscrição de voluntários, profissionais da área de Saúde – **médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e outros**, entre 18 a 59 anos de idade, que se autodeclarem em boas condições de saúde e tenham interesse e disponibilidade para convocação de ações junto aos órgãos de Saúde, Assistência Social e Defesa Civil, deste Município.

Ao preencher este FORMULÁRIO você **CONCORDA** com os termos da Lei Federal nº 9.608/1988 e **DECLARA** estar **CIENTE** e **DE ACORDO** que todas as suas atividades desenvolvidas serão de caráter **VOLUNTÁRIO**, sem recebimento de remuneração, bem como da inexistência de vínculos empregatícios e de que não há nenhuma obrigação de natureza trabalhista ou previdenciária nestas atividades, desenvolvidas apenas com objetivos cívicos de participação cidadã, para essa ocorrência Pandêmica COVID19.

#### DADOS PESSOAIS:

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

RG \_\_\_\_\_ órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone celular \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MATEUS**  
**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

---

Selecione os dias da semana que você tem disponibilidade para ser Voluntário:

- Todos os dias da semana  Segunda-feira  Terça-feira  Quarta-feira  
 Quinta-feira  Sexta-feira  Sábado  Domingo

Selecione os turnos dos dias que você tem disponibilidade para ser Voluntário:

- Manhã - Tarde – Noite  Manhã – Tarde  Manhã - Noite  
 Tarde – Noite  Apenas manhã  Apenas tarde  Apenas noite

### **DECLARAÇÃO DE ESTADO DE SAÚDE**

Apresenta alguma manifestação clínica associada aos sintomas da COVID-19 (tosse constante, dificuldade para respirar, dores no corpo, coriza, dor de garganta, febre, diarreia)?  Sim  Não

Viajou para lugares em que há casos identificados da epidemia, há menos de 14 (quatorze) dias?  Sim  Não

Teve contato consciente com alguém que viajou recentemente para lugares acometidos pela epidemia?  Sim  Não

Teve contato consciente com alguém acometido pelo novo vírus ou elencado como caso suspeito de ter contraído COVID-19?  Sim  Não

### **ESTADO GERAL DE SAÚDE**

- Declaro estar gozando de plena saúde no momento de preenchimento deste Formulário
- Declaro que tenho problemas crônicos de saúde que estão controlados no momento de preenchimento deste Formulário
- Declaro que estou em tratamento por problemas de Saúde, cujo controle ainda não se deu efetivamente
- Outros (descrever abaixo)



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MATEUS  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

---

Informo o período que desejo realizar as minhas atividades como VOLUNTÁRIAS:

---

---

Declaração de veracidade das informações prestadas:

Declaro para os devidos fins que as informações acima prestadas são verdadeiras e autênticas.

**Observação:** Caso não tenha disponibilidade no preenchimento do formulário por meio eletrônico, o mesmo poderá ser impresso e preenchido à mão e entregue no endereço: **Rua: Alberto Sartório, Nº 404 - Bairro Carapina – CEP 29.933-060 - São Mateus – ES, no RH da Secretaria Municipal de Saúde.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.  
Local e data

---

Assinatura do Candidato