

ANEXO VI  
(A QUE SE REFERE O ITEM 7.12 DO EDITAL PRE Nº 02/2021)  
CRONOGRAMA

ATIVIDADES	PERÍODO PREVISTO
1ª etapa: HABILITAÇÃO	
CADASTRO E INSCRIÇÃO	09/07/2021 A 22/07/2021
DIVULGAÇÃO CLASSIFICAÇÃO PRELIMINAR 1ª ETAPA	Em até 05 (cinco) dias após o final do período de inscrições
PERÍODO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSOS REFERENTE 1ª ETAPA	02 (dois) dias úteis após a publicação da Classificação Preliminar.
RESULTADOS DOS RECURSOS DA 1ª ETAPA E CLASSIFICAÇÃO 1ª ETAPA APÓS RECURSOS	Em até 10 (dez) dias úteis após o fim do prazo de interposição dos recursos.
2ª etapa: AVALIAÇÃO CURRICULAR	
ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DE PARA A CONFERÊNCIA	Em até 05 (cinco) dias corridos, a contar da data da publicação inclusive.
DIVULGAÇÃO CLASSIFICAÇÃO PRELIMINAR 2ª ETAPA	Em até 15 (quinze) dias após o final do período de envio de documentação.
PERÍODO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSOS REFERENTE 2ª ETAPA	02 (dois) dias úteis após a publicação da classificação preliminar
RESULTADOS DOS RECURSOS DA 2ª ETAPA E CLASSIFICAÇÃO 2ª ETAPA APÓS RECURSOS	Em até 10 (dez) dias úteis após o fim do prazo de interposição dos recursos
3ª Etapa: ENTREVISTA	
CONVOCAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA	Em até 02 (dois) dias após publicação do resultado da 2ª etapa
CLASSIFICAÇÃO PRELIMINAR POR CATEGORIA - 3ª ETAPA	Em até 03 (três) dias após o final do período de entrevistas
PERÍODO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSOS REFERENTE 3ª ETAPA	Em até úteis após a publicação da classificação preliminar
RESULTADO DOS RECURSOS REFERENTE 3ª ETAPA E DIVULGAÇÃO DA LISTA COM RESULTADO FINAL DOS APROVADOS NO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO, POR CATEGORIA PROFISSIONAL.	Em até 10 (dez) dias úteis após o fim do prazo de interposição dos recursos
CONVOCAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO - ENTREGA DOS DOCUMENTOS (COMPROVAÇÃO DA HABILITAÇÃO MÍNIMA EXIGIDA PARA A CONTRATAÇÃO) E ASSINATURA DO CONTRATO	Conforme publicação do Diário Oficial e endereço eletrônico da Hemominas – www.hemominas.mg.gov.br

Esse cronograma poderá sofrer alterações que serão informadas no endereço eletrônico da Hemominas – www.hemominas.mg.gov.br, no caminho: Acesse/Hemocurriculo

ANEXO VII  
(A QUE SE REFEREM OS ITENS 3.3.6 E 7.13 DO EDITAL PRE Nº 02/2021)  
CRITÉRIOS DE ANÁLISE E PONTUAÇÃO DA 3ª ETAPA - ENTREVISTA

INDICADOR	PONTUAÇÃO MÁXIMA
Capacidade de trabalho em equipe	20
Iniciativa e comportamento proativo no âmbito de atuação	15
Conhecimento e domínio de conteúdo da área de atuação	50
Habilidade de comunicação	15
TOTAL	100

ANEXO VIII  
(A QUE SE REFEREM OS ITENS 5.6 E 7.14 DO EDITAL PRE Nº 02/2021)  
ITEM-A  
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 \_\_\_\_\_

ITEM -B  
(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 \_\_\_\_\_



Documento assinado eletronicamente com fundamento no art. 6º do Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser verificada no endereço <http://www.jornalminasgerais.mg.gov.br/autenticidade>, sob o número 3202107082325360142.