



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

## QUESTIONÁRIO DE VERIFICAÇÃO DE SINTOMAS DE COVID-19

Concurso Público para Cargo do Magistério Federal

### INSTRUÇÕES:

Este questionário deve ser respondido em todos os dias em que houver prova ou atividade presencial do Concurso Público, antes de se dirigir à UFMG.

O questionário tem por objetivo a verificação de sintomas e sinais de síndrome gripal ou síndrome respiratória aguda grave, de acordo com a definição de caso suspeito de covid-19 da Nota Técnica COVID-19 nº 006/2020 da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, atualizada 19/04/2021.

**Em caso de resposta afirmativa a uma das perguntas de 1 a 5, como medida de biossegurança, o candidato é orientado a ficar em casa, não deverá se dirigir à UFMG e não poderá participar do Concurso.**

**Se o(a) candidato(a) apresentar exame laboratorial "RT-PCR para SARS CoV2" com resultado negativo e apresentar atestado médico afastando o diagnóstico de covid-19, este impedimento poderá ser revisto.**

### IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome do Candidato:

Número do Edital:

Departamento:

### QUESTIONÁRIO

1. No momento, você apresenta síndrome gripal caracterizada por pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre (temperatura axilar  $> 37,5$  °C), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos?  SIM  NÃO

2. No momento, você apresenta síndrome gripal acompanhada de falta de ar/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de oxigênio menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada nos lábios ou rosto?  SIM  NÃO

3. Nos últimos 10 dias, você apresentou síndrome gripal caracterizada por pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre (temperatura axilar  $> 37,5$  °C), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos?  SIM  NÃO

4. Nos últimos 10 dias, você apresentou síndrome gripal acompanhada de falta de ar/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de oxigênio menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada nos lábios ou rosto?  SIM  NÃO

5. Alguém de seu domicílio ou contato próximo teve diagnóstico confirmado de covid-19 há menos de 14 dias?  SIM  NÃO

6. Você recebeu duas doses da vacina contra covid-19 há mais de 15 dias?  SIM  NÃO

*A vacinação contra covid-19 reduz o risco de adoecimento, mas não altera a conduta de isolamento diante de sinais e sintomas de suspeita de covid-19.*

Data:     /     /

Assinatura

no caso de envio por correio eletrônico, a assinatura não é necessária, desde que o(a) candidato(a) declare que o questionário foi preenchido por ele(a) próprio(a).