

TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, _____, portador (a) de RG nº _____ e CPF nº _____, afirmo que fui orientado(a) sobre os riscos de participar, durante a pandemia de Covid-19, de ações presenciais fora de meu domicílio. Declaro também que estou ciente das medidas de biossegurança necessárias à redução desses riscos na execução de atividades presenciais no âmbito da UFCA e concordo em adotá-las. Atesto ciência, também, de que o contexto epidemiológico presente exige responsabilidade coletiva para contenção da pandemia de Covid-19, o que demanda cumprimento rígido das medidas de biossegurança preconizadas pelas autoridades sanitárias. Assim, assumo a responsabilidade pelas consequências que a execução de atividades presenciais possam acarretar à minha saúde e a dos demais.

(Cidade) _____ (dia) _____ (mês) _____ (ano) _____, ____ de ____ de ____.

(Assinatura)

Nome Completo
CPF:

(Assinatura)

Nome Completo do(a) organizador(a) da ação
SIAPE:

Ficha de Identificação de Candidatos com sintomas gripais

- Em relação às condições de saúde enquadradas dentro dos grupos de risco para Covid-19, eu apresento a(s) seguinte(s):

- () Idade \geq 60 anos
- () Doença do Coração
- () Hipertensão
- () Doença do Pulmão (asma moderada ou grave, DPOC)
- () Tabagismo
- () Obesidade
- () Doença dos Rins
- () Diabetes
- () Câncer
- () Gestação de Alto Risco
- () Doença Cromossômica
- () Imunossupressão
- () Não tenho nenhuma das condições de risco para Covid-19

- Em relação a sintomas gripais, nos últimos 14 dias, tive:

- () Tosse;
- () Febre;
- () Calafrios;
- () Coriza;
- () Dor de Garganta;
- () Dor de Cabeça;
- () Dor Abdominal;
- () Mialgia (Dor difusa pelo corpo);
- () Distúrbios Gastrointestinais (Diarreia, Vômito, Náuseas);
- () Dificuldade para Respirar;
- () Perda de Olfato (Anosmia);
- () Alteração do Paladar (Ageusia);
- () Diminuição do Apetite (Hiporexia);
- () Fadiga (Astenia);
- () Dispneia (Falta de Ar);
- () Outro: _____.
- () Não tive nenhum dos sintomas gripais elencados acima.