

## 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.