## 

## ANEXO V

**MODELO DE TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Discente:** |  | | | **Matrícula:** |  |
| **PARTICIPOU DE ALGUMA ATIVIDADE SEM O DEVIDO DISTANCIAMENTO NOS**  **ÚLTIMOS 15 DIAS?** □Sim □Não (bares/restaurantes, festas, boates, viagens, congressos, reuniões, consultas médicas, ..., ou toda e qualquer outra atividade dessa natureza)  **QUAIS DESTES SINTOMAS VOCÊ ESTÁ SENTINDO NOS ÚLTIMOS 15 DIAS?** | | | | | |
| Febre □Sim □Não Tosse □Sim □Não Coriza □Sim □Não Diarréia □Sim □Não  Vômitos □Sim □Não | | Dor de garganta □Sim Dificuldade de respirar □Sim Perda do olfato □Sim  Perda do paladar □Sim  Dor de cabeça □Sim | □Não Dores no corpo □Sim □Não  □Não Irritabilidade □Sim □Não  □Não Fraqueza □Sim □Não  □Não Mal estar □Sim □Não  □Não Outro: | | |
| Algum outro sintoma? | | | | | |
| Caso algum sintoma seja positivo, quando começaram os sintomas? | | | | | |
| **ALGUMA OUTRA ENFERMIDADE QUE NECESSITE RELATAR?** | | | | | |
| * Doença Renal * Hipertensão * Diabetes * Doença Autoimune * Imunodeficiência | | * Doença Cardiovascular * Doença Hepática * Doença Neuromuscular * Doença Neurológica Crônica * Doença Pulmonar Crônica | * Asma * Obesidade * Neoplasia * Outra: **.** * Outra: | | |
| **POSSÍVEL EXPOSIÇÃO AO COVID:** | | | | | |
| Contato com alguém com confirmação de contaminação? □Sim □Não □Talvez □Não Sei Contato com alguém com suspeita de estar contaminado? □Sim □Não □Talvez □Não Sei  Já foi diagnosticado com COVID-19? □Sim □Não □Talvez □Não Sei Caso não, já sentiu alguns dos sintomas do COVID? □Sim □Não □Talvez □Não Sei  Caso sim, há quanto tempo teve COVID ou os sintomas? | | | | | |
| **INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:** | | | | | |
|  | | | | | |

Declaro que, caso venha a sentir, durante o período da realização das atividades presenciais, qualquer sintoma relativo à COVID-19, suspenderei imediatamente minhas participações e comunicarei a situação a instância superior responsável com o(s) qual(is) tiver contato, para as providências cabíveis.

João Pessoa, de \_ de 20 .

Nome e Matrícula e/ou CPF