##

## 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 □NãoVômitos □Sim □Não | Dor de garganta □Sim Dificuldade de respirar □Sim Perda do olfato □SimPerda do paladar □SimDor 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