

ANEXO V

MODELO DE TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE

Discente:	_____	Matrícula:	_____
PARTICIPOU DE ALGUMA ATIVIDADE SEM O DEVIDO DISTANCIAMENTO NOS ÚLTIMOS 15 DIAS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dor de garganta <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dores no corpo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Tosse <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dificuldade de respirar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Irritabilidade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Coriza <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Perda do olfato <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Fraqueza <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Diarréia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Perda do paladar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Mal estar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Vômitos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dor de cabeça <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Outro:	
Algum outro sintoma? _____			
Caso algum sintoma seja positivo, quando começaram os sintomas? _____			
ALGUMA OUTRA ENFERMIDADE QUE NECESSITE RELATAR?			
<input type="checkbox"/> Doença Renal	<input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Doença Hepática	<input type="checkbox"/> Obesidade	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Doença Neuromuscular	<input type="checkbox"/> Neoplasia	
<input type="checkbox"/> Doença Autoimune	<input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica	<input type="checkbox"/> Outra: _____	
<input type="checkbox"/> Imunodeficiência	<input type="checkbox"/> Doença Pulmonar Crônica	<input type="checkbox"/> Outra: _____	
POSSÍVEL EXPOSIÇÃO AO COVID:			
Contato com alguém com confirmação de contaminação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Talvez <input type="checkbox"/> Não Sei		
Contato com alguém com suspeita de estar contaminado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Talvez <input type="checkbox"/> Não Sei		
Já foi diagnosticado com COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Talvez <input type="checkbox"/> Não Sei		
Caso não, já sentiu alguns dos sintomas do COVID?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Talvez <input type="checkbox"/> 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