



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

FORMULÁRIO PARA ENCAMINHAMENTO DE EXAME COVID DETECTÁVEL

VÍNCULO : SERVIDOR TEC. ADMINISTRATIVO -TAE ( ) SERVIDOR DOCENTE ( )

NOME \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SEXO:( )M ( )F CPF: \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_

SIAPE \_\_\_\_\_ CARGO \_\_\_\_\_ UNID. DE EXERCÍCIO \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

CAMPUS EM QUE EXERCE A FUNÇÃO: CAMPUS I – JOÃO PESSOA ( ) CAMPUS II – AREIA ( )

CAMPUS III – BANANEIRAS ( ) CAMPUS IV – RIO TINTO E MAMANGUAPE ( )

MODALIDADE DE TRABALHO: PRESENCIAL ( ) HÍBRIDO ( ) TRABALHO REMOTO ( )\*

\* NOS TERMOS DO ART. 4, INSTRUÇÃO NORMATIVA SGP/SEDGG/ME Nº 90, DE 28 DE SETEMBRO DE 2021

DADOS DO EXAME:

DATA DA COLETA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

LOCAL DA COLETA: COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA – CBI ( )

LABORATÓRIO CREDENCIADO ( ) TESTE RÁPIDO ( )

SINTOMAS: ( )NÃO ( )SIM DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Febre igual ou maior que 37,8°C
- Tosse
- Cansaço (astenia)
- Dificuldade para respirar
- Falta de ar (dispnéia)
- Dor de garganta
- Perda de olfato (anosmia)
- Alteração de paladar (ageusia)
- Diminuição de apetite (hiporexia)
- Distúrbios gastrointestinais (enjôos, náusea, vômitos, diarreia)
- Nariz escorrendo (coriza)

POSSUI ALGUMA CONDIÇÃO DE RISCO?\*( ) NÃO ( ) SIM QUAL? \_\_\_\_\_

\* NOS TERMOS DO ART. 4, INSTRUÇÃO NORMATIVA SGP/SEDGG/ME Nº 90, DE 28 DE SETEMBRO DE 2021

POSSUI VACINA PARA COVID-19? ( ) NÃO ( ) SIM

( )1ª DOSE - DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( )2ª DOSE - DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ( )3ª DOSE - DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

QUAL VACINA \_\_\_\_\_ QUAL VACINA \_\_\_\_\_ QUAL VACINA \_\_\_\_\_

DECLARO QUE ESTOU CIENTE DE QUE A PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÃO FALSA ME SUJEITARÁ ÀS SANÇÕES PENAIAS E ADMINISTRATIVAS PREVISTAS EM LEI.

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

Anexar o formulário, o atestado, o exame e enviar **por meio de processo eletrônico, via SIPAC**, à Divisão de Qualidade de Vida e Saúde- DQVS/CQVSST/PROGEP(11.01.30.21.02), anexando o os referidos documentos, classificando a natureza do documento como restrito, do tipo informação pessoal, nos termos da lei nº 12.527/2011