**Termo de autodeclaração de saúde do discente**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | Dor de garganta |  | □Sim □Não | | | Dores no corpo | | | □Sim □Não | |
| Tosse | □Sim □Não | | | Dificuldade de respirar |  | □Sim □Não | | | Irritabilidade | | | □Sim □Não | |
| Coriza | □Sim □Não | | | Perda do olfato |  | □Sim □Não | | | Fraqueza | | | □Sim □Não | |
| Diarréia | □Sim □Não | | | Perda do paladar |  | □Sim □Não | | | Mal estar | | | □Sim □Não | |
| Vômitos | □Sim □Não | | | Dor de cabeça |  | □Sim □Não | | | Outro: | | |  | |
| Algum outro sintoma?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | |
| Caso algum sintoma seja positivo, quando começaram os sintomas? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | |
| **ALGUMA OUTRA ENFERMIDADE QUE NECESSITE RELATAR?** | | | | | | | | | | | | | |
| □ Doença Renal | | | □ Doença Cardiovascular | | | | |  | | □ Asma | | | |
| □ Hipertensão | | | □ Doença Hepática | | | | |  | | □ Obesidade | | | |
| □ Diabetes | | | □ Doença Neuromuscular | | | | |  | | □ Neoplasia | | | |
| □ Doença Autoimune | | | □ Doença Neurológica Crônica | | | | |  | | □ Outra: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** | | | |
| □ Imunodeficiência | | | □ Doença Pulmonar Crônica | | | | |  | | □ Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **POSSÍVEL EXPOSIÇÃO AO COVID:** | | | | | | | | | | | | | |
| Contato com alguém com confirmação de contaminação? | | | | | | | □Sim □Não □Talvez □Não Sei  □Sim □Não □Talvez □Não Sei  □Sim □Não □Talvez □Não Sei  □Sim □Não □Talvez □Não Sei | | | | | |
| Contato com alguém com suspeita de estar contaminado? | | | | | | |
| Já foi diagnosticado com COVID-19? | | | | | | |
| Caso não, já sentiu alguns dos sintomas do COVID? | | | | | | |
| 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 ao(à) Orientador(a) Responsável e todo(s) o(s) Servidor(es) com o(s) qual(is) tiver contato para as providências cabíveis.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Discente e Matrícula