**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