

**Termo de Responsabilidade para retorno às atividades presenciais durante a pandemia da
COVID-19**

Eu, _____,
CPF _____, categoria _____ do IFCE Campus Limoeiro do Norte declaro que:

1. Não faço parte do grupo de risco¹ para covid-19 definido pelo Ministério da Saúde.
2. Li os documentos intitulados “Plano de Contingência”; Protocolo Local de Retorno às Atividades Presenciais (PLRAP) e estar de acordo com a realização das minhas atividades em consonância com os referidos documentos.
3. Tenho ciência dos riscos envolvidos na realização das atividades presenciais neste período de pandemia.
4. Desejo retornar às presenciais e comprometo-me a seguir todos os procedimentos e protocolos de segurança sanitária, incluindo os dispostos nos documentos descritos acima e preencher diariamente o formulário de verificação de sintomatologia e de ocorrência de contato com caso suspeito ou confirmado para covid-19.
5. Cumprirei todas as medidas estabelecidas pelo IFCE Campus Limoeiro do Norte, descritas no Plano de Contingência e no Plano Local de Retorno às Atividades Presenciais para evitar a transmissão do Sars-CoV-2.
6. Seguirei as orientações diárias dos servidores e/ou terceirizados do IFCE Campus Limoeiro do Norte.
7. Utilizarei máscara enquanto estiver nas dependências do IFCE Campus Limoeiro do Norte, retirando apenas para alimentar-se ou ingestão de líquidos.
8. Informarei meu estado de saúde com transparência, caso apresente algum sintoma.
9. Em caso de suspeita de COVID-19, estou ciente de que não poderei comparecer à instituição e comunicarei ao Serviço de Enfermagem do Campus para ciência e acompanhamento.
10. Em caso de suspeita de COVID-19 no IFCE Campus Limoeiro do Norte, tenho ciência de que devo retornar para o meu domicílio imediatamente ou procurar atendimento médico na rede de saúde e comunicar ao serviço de enfermagem da instituição. Enquanto aguardo, devo permanecer em uma sala de isolamento definida pela Instituição.
11. Caso o resultado do RT-PCR para Sars-CoV-2 seja positivo, tenho ciência de que permanecerei em casa pelo período de 14 dias, a contar do início dos sintomas.
12. Caso eu ainda apresente sintomas após os 14 dias do início deles, serei orientado a retornar ao serviço médico para avaliação.

13. Caso algum colega de sala/laboratório apresente o resultado do RT-PCR para Sars-CoV-2 positivo, permanecerei em vigilância de sintomas, em casa, por 14 dias. Será considerada a data do início dos sintomas do meu colega de sala/laboratório para a contagem do tempo de vigilância de sintomas.
14. Caso não cumpra alguma das normas estabelecidas pelo IFCE Campus Limoeiro do Norte, ou apresente algum comportamento inadequado, serei suspenso imediatamente das atividades presenciais.

¹Segundo o Ministério da Saúde, o grupo de risco para covid-19 é: idade igual ou superior a 60 anos; cardiopatas, cardiopatas graves ou descompensados (insuficiência (insuficiência cardíaca, cardíaca, cardiopatia isquêmica); pneumopatas graves ou descompensados (asma moderada/grave, DPOC); quem tem doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5); quem tem Diabetes Mellitus, conforme juízo clínico; quem tem doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica; quem tem gestação de alto risco; pessoa com imunodepressão; hipertensos.

Limoeiro do Norte, ____ de _____ de 2021.