

## TERMO DE CIÊNCIA

Obrigatório para os estudantes que retornarão de forma presencial as aulas.

### DADOS DO ESTUDANTE

Nome completo: \_\_\_\_\_

Nome social: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Nº de matrícula \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Possui comorbidades? ( ) Não. ( ) Sim. Qual?

- ( ) idade igual ou superior a 60 anos;
- ( ) tabagismo;
- ( ) obesidade;
- ( ) miocardiopatias de diferentes etiologias (insuficiência cardíaca, miocardiopatia isquêmica etc.);
- ( ) hipertensão arterial;
- ( ) doença cerebrovascular;
- ( ) pneumopatias graves ou descompensadas (asma moderada/grave, DPOC);
- ( ) imunodepressão e imunossupressão;
- ( ) doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
- ( ) diabetes melito, conforme juízo clínico;
- ( ) doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica;
- ( ) neoplasia maligna (exceto câncer não melanótico de pele);
- ( ) cirrose hepática;
- ( ) doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme e talassemia); e
- ( ) gestação.

**DECLARO** ter ciência e ter recebido informações sobre as medidas preventivas de comportamento e proteção para realização de atividades presenciais em espaços físicos do IFCE e me comprometo a cumprir o Plano de Contingência para a COVID-19 e os demais Protocolos de Retorno às Atividades Presenciais do IFCE.

**DECLARO** estar ciente de que, havendo qualquer sintoma relacionado à COVID-19, em mim ou em contatos próximos, devo comunicar imediatamente ao professor e que não devo frequentar os espaços do IFCE durante o período de quarentena, conforme o Plano de Contingência para a COVID-19 e Protocolos de Retorno às Atividades Presenciais do IFCE.

**DECLARO** estar ciente da organização curricular e do planejamento estabelecido pelo meu *campus* de vínculo, conforme as estratégias apresentadas tanto para as disciplinas que estou cursando como também para aquelas que serão ofertadas.

**DECLARO** dar aceite à forma de ensino estabelecida pelo meu *campus* de vínculo, de acordo com a matrícula ofertada no corrente semestre letivo.

\_\_\_\_\_ - CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do estudante*