



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

DEPARTAMENTO DE PROCESSOS DIGITAIS E GOVERNANÇA DE TIC - DePDG-TIC/SIn

Rod. Washington Luís km 235 - SP-310, s/n - Bairro Monjolinho, São Carlos/SP, CEP 13565-905

Telefone: (16) 3306-6569 - <http://www.ufscar.br>

COVID-TAAP nº 5/2022/DePDG-TIC/SIn



Termo de Autodeclaração de Ciência e Responsabilidade para Realização de Atividades Presenciais dos Servidores na Vigência da Pandemia de COVID-19

Eu, _____, CPF _____.____.____-__, nº UFSCar _____, Universidade Federal de São Carlos, Campus de _____, declaro que:

1. Perfil do(a) Servidor(a) e Retorno ao Trabalho Presencial

- () **Faço parte do grupo de risco para a forma grave de COVID-19⁽ⁱ⁾, como definido pelo Ministério da Saúde, porque:**
 - () tenho 60 anos ou mais;
 - () sou portador(a) de alguma das comorbidades elencadas como fator de risco.
- Desejo retornar às atividades presenciais, total ou parcialmente, mesmo sendo do grupo de risco para a forma grave de COVID-19.

OU

- () **NÃO faço parte do grupo de risco para a forma grave de COVID-19.**
- Já estou em trabalho presencial ou retornarei nos próximos dias, total ou parcialmente, conforme Plano de Retomada das Atividades Presenciais aprovado pelo ConsUni e organização interna da minha unidade.

2. Sobre a Vacinação para Prevenção da COVID-19

- () **Cumpri o programa de vacinação exigido para prevenção da COVID-19, conforme documento comprobatório que acompanha esse processo SEI.**
- () **NÃO cumpri o programa de vacinação exigido para prevenção da COVID-19, conforme atestado/laudo médico que acompanha esse processo SEI.**
- () **NÃO cumpri o programa de vacinação exigido para prevenção da COVID-19.**
- Tenho ciência da exigência da vacina como requisito para realização das atividades presenciais, conforme deliberação do ConsUni.

3. Sobre o Trabalho Presencial

- Tenho ciência dos riscos envolvidos na realização das atividades presenciais neste período de pandemia;
- Comprometo-me a seguir todos os procedimentos e protocolos de segurança sanitária da instituição e da minha unidade;
- Estou ciente do Plano de Retomada das Atividades Presenciais aprovado pelo ConsUni e do protocolo estabelecido no Plano de Contingência da minha unidade de trabalho;

- Estou de acordo com a realização das minhas atividades e cumprirei todas as medidas estabelecidas no Plano de Contingência e no Protocolo Local de Retorno às Atividades Presenciais para evitar a transmissão do SARS-CoV-2;
- Utilizarei máscara de forma adequada enquanto estiver nas dependências da Universidade Federal de São Carlos, em quaisquer dos seus campi;
- Participarei de forma consciente e ativa das atividades de vigilância epidemiológica estabelecidas pelo Núcleo Executivo de Vigilância em Saúde da universidade (NEVS/UFSCar), a saber: (a) uso do aplicativo Guardiões da Saúde; e (b) realização de testagem periódica conforme protocolo vigente;
- Em caso de suspeita de COVID-19, quando em atividade em um dos campi da instituição ou fora das dependências da Universidade, tenho ciência que devo informar imediatamente a Vigilância Epidemiológica e seguir todas as orientações que me forem apresentadas.

Informo ciência e confirmo serem verdadeiras todas as informações acima.

São Carlos, 26 de janeiro de 2022.

Nota: Brasil/Ministério da Saúde (2021). GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA NACIONAL PELA DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde. 3ª Edição. Pg 12. [<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>]

Fatores de Risco: 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; Algumas doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme e talassemia); Gestaçao.



Documento assinado eletronicamente por **Marcio Alves Cardoso, Assistente em Administração**, em 26/01/2022, às 17:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.ufscar.br/autenticacao>, informando o código verificador **0583271** e o código CRC **B4C131C2**.