



DEPARTAMENTO DE SAÚDE E BEM-ESTAR

Termo de Responsabilidade - Pré-Viagem NR

NOME DO PARTICIPANTE: _____

PERÍODO DO EVENTO: _____

TURMA: Kids Teens NRB Donas da Rua PSG Camp PSG ProX

Declaro para os devidos fins que eu _____

RG _____, (responsável pelo menor acima citado), me comprometo a aferir a temperatura nos 3 dias que antecedem a viagem ao NR. Caso apresente um ou mais dos seguintes sintomas (**perda de paladar e/ou olfato, dor de cabeça constante, indisposição, febre, dores no corpo, coriza, tosse, falta de ar**), me comprometo a não embarcá-lo para a viagem ao NR. Estou ciente que o não cumprimento dessas medidas coloca em risco a saúde pessoal do menor e dos demais participantes do evento. Também concordo que, caso durante o evento apresente qualquer sintoma suspeito da COVID-19, autorizo o Departamento de Saúde e Bem-Estar do NR a providenciar o isolamento do participante em questão até o diagnóstico definitivo e/ou retorno ao local de origem do acampante.

*** Todos aqueles que forem permanecer no NR, mais do que 7 dias consecutivos, poderão ser testados novamente. A coleta do exame será feita no próprio acampamento.**

Perguntas sobre o acampante:

1. Apresentou contato nos últimos 15 dias com alguém sabidamente infectado pelo COVID-19? () Sim () Não

2. Alguém da família teve contato, ou apresentou sintomas do COVID-19? () Sim () Não

Se SIM, quem e quando? _____

3. Apresenta alguma doença crônica ou pré-existente, ou é do grupo de risco? () Sim () Não

(Diabetes, hipertensão, asma, outros.)

Se **SIM**, qual? _____

4. Realizou exame de PCR ou Antígeno? () Sim () Não Data ____/____/____

Se fez, qual o resultado? Positivo Negativo

5. Realizou a imunização vacinal contra a COVID-19? () Sim () Não

Se sim, informar a data da primeira e segunda doses. 1ª DOSE ____/____/____ 2ª DOSE ____/____/____

***Resultado do exame realizado deverá estar anexado a este, que deverá ser entregue ao responsável pelo ônibus, logo na chegada ao local de partida. **Não serão aceitos auto-testes.**

Declaro para devidos fins, que as informações prestadas acima são verdadeiras. Assim sendo assumo total responsabilidade sobre todos os efeitos e eventuais danos causados por declarações não verídicas.

Data ____/____/____

Ass. Responsável _____