

ANEXO 5

**ATUALIZAÇÃO DE CONDIÇÕES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DO
TRABALHADOR**

FACULDADE DE CALDAS NOVAS

NOME _____ **DO** _____ **TRABALHADOR:** _____

CARGO: _____ **DATA**
_____/_____/2021

SAÚDE FÍSICA

Você já foi diagnosticado com COVID-19?

(1) Sim (2) Não

Caso a resposta seja positiva, já tem anticorpos?

(1) Sim (2) Não

Apresentou ou apresenta qualquer dos sintomas sugestivos de contaminação por COVID-19?

- | | | |
|---------------------------------|-----------|-----------|
| 1. Febre | (1) Sim | (2) Não |
| 2. Tosse | (1) Sim | (2) Não |
| 3. Indisposição física | (1) Sim | (2) Não |
| 4. Diarreia | (1) Sim | (2) Não |
| 5. Coriza | (1) Sim | (2) Não |
| 6. Dificuldade respiratória | (1) Sim | (2) Não |
| 7. Perda de olfato e/ou paladar | (1) Sim | (2) Não |

Apresenta algum(ns) dos demais sintomas de COVID-19 não listados?

(1) Sim (2) Não

Caso a resposta seja positiva, qual(is)?

Esteve em contato domiciliar ou em qualquer lugar, por no mínimo 15 minutos e a menos de 2 metros, com pessoas infectadas, nos últimos 14 dias?

(1) Sim (2) Não

Frequentou alguma aglomeração nos últimos 14 dias, sem proteção sanitária e distanciamento?

(1) Sim

(2) Não

As declarações e respostas apresentadas no presente questionário são verídicas e responsabilizo-me por eventual omissão ou falsidade.

Declaro estar ciente de que a omissão ou falsidade das informações configurará falta grave, sujeitando-me a demissão por justa causa.

Declaro que ter ciência de que a falta da adoção das medidas preventivas sanitárias recomendadas, dentro e fora do local de trabalho, também caracteriza falta grave, passível de demissão por justa causa.

Declaro, ainda, que caso apresente qualquer sintoma sugestivo de infecção pelo SARS-CoV-2, tenha ciência da infecção pelo vírus de pessoa com quem convivo sob o mesmo teto ou com quem tive contato por mais de 15 minutos sem observar a distância mínima; e frequente alguma aglomeração sem proteção sanitária e distanciamento recomendável, não comparecerei ao local de trabalho e comunicarei imediatamente tal fato ao empregador para a adoção das medidas necessárias.

Assinatura do trabalhador