



Termo de Responsabilidade Professor/Acompanhante

Preenchimento obrigatório. Após o preenchimento digital, faça a impressão do documento e entregue-o impresso ao organizador do evento por parte da escola/grupo.

O organizador ficará responsável pelas documentações de todos os participantes do grupo e entregará esta ficha ao Departamento de Saúde e Bem-Estar NR na chegada ao resort no primeiro dia do evento.

Observações:

- Fique atento ao prazo para a entrega deste termo;
- O prazo é determinado pelo organizador do evento em sua escola ou grupo;
- Ao imprimir este documento, pede-se ignorar esta primeira página.



DEPARTAMENTO DE SAÚDE E BEM-ESTAR

Termo de Responsabilidade - Pré-Viagem NR Professor / Acompanhante

NOME: _____

PERÍODO DO EVENTO: ____ / ____ / _____ a ____ / ____ / _____

NOME DA ESCOLA: _____

NOME DA CIDADE: _____

Declaro para os devidos fins que eu _____

_____ RG _____, 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 embarcar para a viagem ao NR.

Estou ciente que o não cumprimento dessas medidas coloca em risco a minha saúde e dos de-

mais 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 providen-

ciar o meu isolamento até o diagnóstico definitivo, que resultará na minha liberação ou não para a

volta às atividades do evento ou ficarei em isolamento até o retorno ao meu local de origem.

Perguntas sobre o Professor/Acompanhante:

1. Apresentou contato nos últimos 15 dias com alguém 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 Teste rápido para detecção de antígeno?

() Sim () Não Data ____ / ____ / _____

Se fez, qual o resultado?

Positivo

Negativo



5. Realizou a imunização vacinal contra a COVID-19? () Sim () Não Data ___/___/_____

6. Já foi infectado pela COVID-19? () Sim () Não Data ___/___/_____

O resultado do exame realizado, bem como o certificado de vacinação contra COVID-19 (caso esteja vacinado), deverão ser entregues ao adulto responsável pelo grupo, que entregará ao Departamento de Saúde do NR na chegada ao resort.

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, concordando com as condições descritas abaixo.

- 1) Estou ciente de que embora todas as medidas estejam sendo tomadas, existe a possibilidade de que algum hóspede esteja com o vírus, mesmo testando negativo para o COVID-19. Por esse motivo, todas as recomendações de segurança devem ser adotadas pelo(a) aluno(a) com a intenção de minimizarmos os riscos de contágio.
- 2) Dessa forma o NR não poderá ser responsabilizado caso, eventualmente o participante venha a apresentar, durante ou após a viagem, sintomas de COVID-19, uma vez que estão sendo respeitadas todas as medidas possíveis e necessárias, recomendadas pela OMS, para o controle de seus frequentadores.

Data ___ / ___ / 2021

Assinatura