

**ANEXO I – PORTARIA 7/2020**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROTOCOLO SOLICITAÇÃO EVENTO** | | | | | | | | |
| **1. DADOS DO EVENTO** | | | | | | | | |
| 1.1 DENOMINAÇÃO DO EVENTO | | | | | | | 1.3 PÚBLICO ESTIMADO | |
| 1.2 DATA | | | INÍCIO | | | | TÉRMINO | |
| 1.4 ENDEREÇO (RUA, Nº) | 1.5 BAIRRO | | | | | 1.6 MUNICÍPIO/UF | | |
| **2. RESPONSABILIDADE** | | | | | | | | |
| 2.1 NOME/RAZÃO SOCIAL | | | | | 2.2 CNPJ/CPF | | | |
| 2.3 TELEFONE | | | | | 2.4 E-MAIL | | | |
| 2.5 DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE  Declaro estar ciente de que para a realização do presente evento me responsabilizo em cumprir e/ou fazer cumprir todas as medidas sanitárias para o enfrentamento da pandemia da Covid-19 a fim de evitar uma possível contaminação/disseminação do novo coronavírus causador da doença. Declaro também que todas as informações prestadas neste formulário e em seus anexos são verdadeiras, pelas quais me responsabilizo.  Pato Branco, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Responsável | | | | | | | | |
| **3. ANEXOS** | | | | | | | | |
| 3.1. Relação de convidados com telefone para contato | | | | | | | | |
| 3.2 Relação de Serviços (nome telefone) | | | | | | | | |
| 3.3 Declaração de saúde | | | | | | | | |
| **4. PARECER VIGILÂNCIA SANITÁRIA** | | | | | | | | |
| 4.1 Data da visita: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| 4.2 AUTORIDADE SANITÁRIA | | CARGO/FUNÇÃO | | | | | | MATRÍCULA |
|  | |  | | | | | |  |
| 4.3 Observações | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 4.4 DECISÃO PARECER | | | | 4.5 Carimbo e assinatura do responsável pela liberação do evento | | | | |



**Anexo II – PORTARIA 07/2020**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DECLARAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE** | | | | | | | | | |
| **1. DADOS PESSOAIS** | | | | | | | | | |
| 1.1 NOME | | | | | | 1.2 CPF | | | |
| 1.3 ENDEREÇO (RUA, Nº) | | | 1.4 BAIRRO | | | | MUNICÍPIO/UF | | |
| **2. DADOS SOBRE SINAIS/SINTOMAS** | | | | | | | | | |
| **S** | **N** | **SINTOMAS** | | | | | | **S** | **N** |
|  |  | Febre | | Tº: | Cefaléia (dor de cabeça) | | |  |  |
|  |  | Tosse | | | Coriza | | |  |  |
|  |  | Dor de garganta | | | Congestão Nasal | | |  |  |
|  |  | Dificuldade de respirar | | | Adinamia (fraqueza) | | |  |  |
|  |  | Dor no peito | | | Calafrios | | |  |  |
|  |  | Diarreia | | | Perda de Olfato | | |  |  |
|  |  | Náusea/Vômito | | | Perda de Paladar | | |  |  |
| Outros (citar) | | | | | | | | | |
| **3. DADOS SOBRE EXPOSIÇÃO** | | | | | | | | | |
| 3.1 Precisou de atendimento médico nos últimos 14 dias Sim Não | | | | | | | | | |
| 3.2 Teve contato com pessoas suspeita/confirmada com Covid-19 Sim Não | | | | | | | | | |
| 3.2 Histórico de viagens nos últimos 14 dias Sim Não | | | | | | | | | |
| 3.2.3 Destinos | | | | | | | | | |
| **3. DADOS SOBRE DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA** | | | | | | | | | |
| Declaro ter respondido as perguntas formuladas por estar ciente de que se trata de uma medida de saúde pública para o enfrentamento da pandemia da Covid-19 a fim de evitar uma possível contaminação/disseminação do novo coronavírus causador da doença.  Declaro também que todas as informações prestadas neste formulário são verdadeiras, pelas quais me responsabilizo. | | | | | | | | | |
| Pato Branco, \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do declarante | | | | | | | | | |