

**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 RESPONSABILIDADEDeclaro 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 |