



**Ofício Circular nº 003/VISA/2020**

**Em 12 de maio de 2020.**

**Da:** Vigilância Sanitária Municipal

**Para:** Proprietários/Responsáveis de empresas

**Assunto:** Notificação de colaborador afastado por sintomas respiratórios.

Senhores(as) Proprietários(as) e ou Responsáveis

Considerando que no final de 2019, um novo tipo de coronavírus (SARS-CoV-2), causador de uma síndrome respiratória aguda grave (SRAG), conhecida como COVID-19, está disseminada por todos os continentes e é considerada uma pandemia global;

Considerando que a sociedade moderna passa por um período único em sua história e que grandes desafios se apresentam, demandando a tomada de decisões céleres para preservação da vida, de modo que possamos efetivamente enfrentar esta emergência de saúde pública;

Considerando que diversas estratégias são necessárias para promover o achatamento da curva de contágio e o adoecimento, de modo que todos os acometidos pela doença tenham a oportunidade de receber os devidos cuidados médicos;

Por fim, considerando o evento ímpar que é, o enfrentamento da pandemia demandará esforço conjunto de todos e medidas urgentes se fazem necessárias para a prevenção, controle e mitigação dos riscos de transmissão de COVID-19.

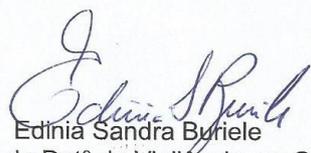
Nesse contexto, valemo-nos do presente para solicitar aos empregadores que procedam a notificação imediata de colaborador sintomático. Para tanto, encaminhamos em anexo cópia dos seguintes documentos:

- a) Fluxo de Notificação, contendo a orientação necessária para a correta informação;
- b) Ficha de Notificação de colaborador afastado por sintomas respiratórios, a qual deve ser preenchida e encaminhada por e-mail para a vigilância epidemiológica municipal.

Sendo estas as informações para o momento, subscrevemo-nos.

  
Cirlei Cleoír Wagner dos Santos  
Chefe da Vigilância Sanitária

  
Franciele Palavicini  
Chefe da Vigilância Epidemiológica

  
Edinía Sandra Buriele  
Diretora do Dptº de Vigilância em Saúde



## **FLUXO DE NOTIFICAÇÃO DE COLABORADOR AFASTADO POR SINTOMAS RESPIRATÓRIOS PARA EMPRESAS EM GERAL NO MUNICÍPIO DE PATO BRANCO**

**Atualização: 11/05/2020**

1. Todo colaborador que apresentar sintomas gripais com início agudo como febre ou sensação febril, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória deverá ser afastado das atividades laborais por 14 dias a contar do início dos sintomas
2. Preencher a FICHA NOTIFICAÇÃO DE COLABORADOR SINTOMÁTICO e enviar diariamente para a Vigilância Epidemiológica (preferencialmente por email)
3. O colaborador deverá ser orientado a permanecer em isolamento domiciliar e será monitorado a cada 48 horas pela central de acompanhamento da Secretaria Municipal de Saúde
4. Caso algum colaborador seja testado positivo para COVID todos os seus contatos deverão ser afastados e orientados a manter o isolamento domiciliar por 7 dias se não apresentarem sintomas respiratórios; se apresentarem sintomas o isolamento deverá ser por 14 dias e realizado a notificação

### **Definição de contato:**

- pessoa que teve contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos) com o paciente testado positivo
- pessoa que teve contato frente a frente por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros com o paciente testado positivo
- pessoa que esteve em um ambiente fechado (por exemplo, sala de reunião, refeitório, vestiário) por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros com o paciente testado positivo

### **FORMAS DE CONTATO COM A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

TELEFONES: 3902-1265 ou 3902-1266 ou EMAIL: [epidemi@patobranco.pr.gov.br](mailto:epidemi@patobranco.pr.gov.br)

## FICHA NOTIFICAÇÃO COLABORADOR SINTOMÁTICO

NOME DA EMPRESA: \_\_\_\_\_

### DEFINIÇÃO DE CASO

Todo funcionário que apresente quadro de sintomas gripais com início agudo como febre ou sensação febril, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória.

### DADOS PESSOAIS

CPF: \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

COR: \_\_\_\_\_ GÊNERO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO:

RUA \_\_\_\_\_

Nº DOMICÍLIO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

TELEFONES PARA CONTATO:

CELULAR: \_\_\_\_\_ FIXO: \_\_\_\_\_

OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_

Nº DE FUNCIONÁRIOS QUE TEVE CONTATO NA EMPRESA: \_\_\_\_\_

DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

SINTOMAS

APRESENTADOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_