



DEPARTAMENTO DE SAÚDE E BEM-ESTAR

Termo de Responsabilidade - Pré-Viagem NR

NOME DO ACAMPANTE: _____

PERÍODO DO EVENTO: _____

TURMA: Kids Teens NRB

Declaro para os devidos fins que eu _____

RG _____, (responsável pelo menor acima citado), 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 pessoal e dos demais 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 providenciar o isolamento do hóspede em questão até o diagnóstico definitivo e/ou retorno ao local de origem do acampante.

*** Todos aqueles que forem permanecer no NR, mais do que 7 dias consecutivos, serão testados novamente. A coleta do exame será feita no próprio acampamento.**

Perguntas sobre o acampante:

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 Antígeno? () Sim () Não Data ____ / ____ / ____

Se fez, qual o resultado? Positivo Negativo

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

***Resultado do exame realizado deverá estar anexado a este, que deverá ser entregue ao responsável pelo ônibus, logo na chegada ao local de partida.

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.

Data ____ / ____ / ____

Ass. Responsável _____