

TERMO DE RESPONSABILIDADE



NOME ACAMPANTE:

PERÍODO DO EVENTO:

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE EU,
RG, (RESPONSÁVEL LEGAL PELO(A) MENOR ACIMA CITADO(A)), ME COMPROMETO A AFERIR A TEMPERATURA NOS 3 DIAS QUE ANTECEDEM A VIAGEM AO H10 VÔLEI CAMP. CASO APRESENTE UM OU MAIS DOS SEGUINTE SINTOMAS (PERDA DE PALADAR E/OU OLFATO, DOR DE CABEÇA CONSTANTE, INDISPOSIÇÃO, DORES NO CORPO, CORIZA, TOSSE E FALTA DE AR), ME COMPROMETO A NÃO EMBARCAR PARA A VIAGEM. 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 OU H1N1, AUTORIZO A COORDENAÇÃO DO H10 HAND CAMP A PROVIDENCIAR O ISOLAMENTO DA(O) ACAMPANTE EM QUESTÃO ATÉ O DIAGNÓSTICO DEFINITIVO E/OU RETORNO AO LOCAL DE ORIGEM DO ACAMPANTE.

-PERGUNTAS SOBRE O(A) ACAMPANTE:

1. APRESENTOU CONTATO NOS ÚLTIMOS 10 DIAS COM ALGUÉM COM COVID-19 OU H1N1? () SIM () NÃO

2. ALGUÉM DA FAMÍLIA TEVE CONTATO, OU APRESENTOU SINTOMAS DO COVID-19 OU H1N1? () 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. EM CASO DE CONTATO COM ALGUÉM POSITIVO E/OU TEVE SINTOMAS, 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

SE SIM, INFORMAR A DATA DA PRIMEIRA E SEGUNDA DOSES. 1ª DOSE ____ / ____ / ____ 2ª DOSE ____ / ____ / ____

DECLARO PARA OS 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.

....., DE DE

.....
(ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)