**Anexos e Apêndices da Resolução nº 18, de 19 de julho de 2021 do CONSU/UFSJ.**

**Plano de retorno gradual das atividades presenciais da**

**Universidade Federal de São João del-Rei**

**Tabela 1**. Etapas do retorno de **atividades presenciais** nos *Campi* da UFSJ.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Onda** | **Atividades Permitidas** | **Fase** | **Estratégia** |
| **Roxa** | - No ensino, apenas atividades de cursos da saúde em campos de prática (fora dos *Campi*) **com atendimento à população.**  - Atividades essenciais e relacionadas à pandemia. | 1 | - Análise e definição pelo Colegiado do Curso e Coordenação do Estágio  - Seguir a legislação vigente, local e institucional, além das recomendações das instituições de saúde. |
| **Vermelha** | - No ensino, apenas atividades de cursos da saúde em campos de prática (fora dos *Campi*) **com atendimento à população.**  - Acesso aos *campi* para retirada de materiais para realização de trabalho remoto.  - Atividades de extensão relacionadas à pandemia.  - Realização de bancas de concursos para admissão de novos servidores.  - Realização de perícias médicas. | 2 | - Análise e definição pelo Colegiado do Curso e Coordenação do Estágio, sempre seguindo a legislação vigente, local e institucional, além das recomendações das instituições de saúde.  - Solicitar autorização prévia, de acordo com fluxo estabelecido nesse documento ou pela gestão local.  Obs: Em caso de regressão de onda amarela para onda vermelha, atividades presenciais que tenham se iniciado nas fases 3/4 poderão ser mantidas, seguindo protocolos de distanciamento mais restritivos. |
| **Amarela** | Atividades práticas de graduação ou de pós-graduação, de pesquisa ou de extensão **não adaptáveis ao modo remoto**, nos espaços físicos dos *Campi*. | 3 | **\*Pré-requisito: Onda amarela há 14+ dias**  Atividades de pesquisa e atividades dos cursos de graduação da **área da saúde**:  - Atividades acadêmicas: Limite de retorno de **25%** dos servidores, colaboradores e alunos da Unidade. |
| 4 | **\*Pré-requisitos: a) Onda amarela há 28+ dias**  **b) Fase 3 há 14+ dias**  Atividades de pesquisa e de ensino dos **demais cursos** de graduação:  - Atividades acadêmicas: Limite de retorno de **25%** dos servidores, colaboradores e alunos da Unidade.  - Atividades administrativas: em caso de necessidade de trabalho presencial nesta fase, deverá ser priorizado o retorno de servidores imunizados (conforme autodeclaração do servidor), com ocupação de até **30%** do limite máximo de capacidade física do setor. |
| **Verde** | Atividades administrativas, aulas teóricas de graduação e de pós-graduação, biblioteca, reuniões de grupos e entidades (empresas juniores), etc. | 5 | **\*Pré-requisitos: a) Onda verde há 14+ dias**  **b) Fase 4 há 28+ dias**  Retorno das demais atividades acadêmicas e administrativas:  - Atividades acadêmicas: Limite de retorno de **50%** dos servidores, colaboradores e alunos da Unidade.  - Setores administrativos: Ocupação de até **30%** do limite máximo de capacidade física do setor. |

**APÊNDICE A – LISTAS DE CHECAGEM PARA RETORNO PRESENCIAL**

***Esse formulário poderá ser eletrônico, via google form***

***(conforme determinado pela comissão local)***

Por este instrumento, propõe-se duas listas de checagem para análise do espaço físico antes da realização de atividades práticas presenciais não adaptáveis ao ensino remoto nos *Campi* da UFSJ. As listas foram propostas a partir de análises e discussões realizadas pela Comissão Específica para a Definição das Linhas Gerais do Planejamento do Retorno Gradual das Atividades Presenciais da Universidade Federal de São João del-Rei, nomeada pela Portaria nº 110, de 19 de março de 2021.

Propõe-se dois checklists, sendo: I) um para o responsável pela aula prática presencial da unidade curricular, II) um para a comissão local do campus ou o(a) prefeito (a) de cada *Campus*, que deverá fazer a checagem local dos itens listados, baseando-se nos parâmetros, critérios e avanços de ondas dentro do "Minas Consciente".

**LISTA DE ITENS DE CHECAGEM PELO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE CURRICULAR PRÁTICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Item a ser avaliado | Resposta | | |
| 1. De acordo com as regras de flexibilização do plano “Minas Consciente”, em que onda se encontra o município onde está localizado o *Campus*? |  | | |
| 1. Há quantos dias está nessa classificação? |  | | |
| 1. O técnico se dispôs a preparar as aulas práticas e organizar o laboratório/sala após o uso, mesmo que não tenha concordado em estar presente durante as aulas? | Sim | Não | NSA |
|  |  |  |
| 1. O Laboratório está devidamente sinalizado em relação ao dimensionamento, distanciamento físico mínimo e capacidade máxima preconizado pelas normas vigentes? | Sim | Não | NSA |
|  |  |  |
| 1. O laboratório ou sala a ser utilizado/a está em condições de receber os discentes com os materiais para a prática, equipamentos de proteção individual (EPI) e reagentes garantidos para todo o período? | | Sim | Não |
|  |  |
| 1. A unidade curricular (UC) requer a colaboração do técnico? | | Sim | Não |
|  |  |
| 1. A turma de prática para a UC solicitante foi devidamente dividida, respeitando-se a capacidade do laboratório e permitindo-se o distanciamento físico preconizado? | | Sim | Não |
|  |  |
| 1. Existe professor para cumprir toda a carga horária necessária, mesmo com as novas turmas demandadas? | | Sim | Não |
|  |  |
| 1. O laboratório está devidamente sinalizado com entradas e saídas independentes? | | Sim | Não |
|  |  |
| 1. Algum aluno a realizar a UC depende de moradia universitária? (caso seja possível identificar) | | Sim | Não |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome/Assinatura do Professor ou Coordenador da Unidade Curricular

**NOTA:** Após a verificação, caso todos os itens estejam em conformidade, uma cópia desse documento deverá ser mantida na prefeitura do *Campus* e uma cópia com o professor ou coordenador responsável pela unidade curricular (UC). Em caso de alguma inadequação, o documento deverá ser encaminhado para as unidades acadêmicas competentes para providências.

1. **A ser respondido pela Comissão local ou prefeitura do C*ampus***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. A prefeitura de campus está devidamente articulada com as unidades acadêmicas para organização dos fluxos e lotações máximas e respeitando os limites de acordo com os horários das aulas? | Sim | Não |
|  |  |
| 1. Está garantida no *Campus* a delimitação de espaços de ida e vinda nos corredores? | Sim | Não |
|  |  |
| 1. Os espaços de alimentação dos estudantes estão demarcados com o distanciamento físico para realização de refeições? | Sim | Não |
|  |  |
| 1. Na hipótese de utilização do restaurante universitário, este está devidamente sinalizado para garantir distanciamento físico mínimo? | Sim | Não |
|  |  |
| 1. Há compartimento de álcool em gel nas dependências do restaurante? | Sim | Não |
|  |  |
| 1. Houve suspeita de caso de Covid uma semana antes? | Sim | Não |
|  |  |
| 1. As escalas de trabalho e fluxos de higienização estão definidos? | Sim | Não |
|  |  |
| 1. Os produtos sanitizantes e demais materiais para higienização estão planejados em quantidades adequadas? | Sim | Não |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome/Assinatura do(a) Prefeito(a) de Campus ou função correspondente

**APÊNDICE B**

**Requerimento – retorno atividades presenciais**

***Esse formulário poderá ser eletrônico, via google form***

***(conforme determinado pela comissão local)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I – IDENTIFICAÇÃO DO SETOR/UNIDADE/COORDENADORIA/DEPARTAMENTO:** | | |
| Nome do solicitante (Ex. coordenador de curso): | | |
| Vinculação *(ex.: Divisão/Pró-Reitoria)*: | | |
| Campus: | Ramal: | E-mail: |

|  |
| --- |
| **II – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E ACADÊMICAS NÃO ADAPTÁVEIS A SEREM REALIZADAS DE MODO PRESENCIAL.** |
| |  | | --- | |  | |

|  |
| --- |
| **III – IDENTIFICAÇÃO DOS LOCAIS/HORÁRIOS A SEREM UTILIZADOS.** |
| |  |  | | --- | --- | | Local: | Horário de Utilização: | |

|  |
| --- |
| **IV – RELAÇÃO DE SERVIDORES/DISCENTES UTILIZADORES DO ESPAÇO:** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Nome: | Categoria:\* | Telefone: | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| \*Discente, Docente, Técnico Administrativo, Colaborador Terceirizado |

|  |
| --- |
| **V – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE:** |
| O servidor solicitante requer a utilização dos espaços e declara ter ciência de que qualquer necessidade de notificação, isso será realizado imediatamente à comissão local do campus. |

|  |
| --- |
| **VI – LOCAL E DATA:** |
| *(local e data)*  *(Assinatura do servidor solicitantes)* |

|  |
| --- |
| **VII – ANÁLISE DA COMISSÃO** |
| ( ) Deferido ( ) Indeferido  Observações:  *(local e data)*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(Assinatura)* |

**APÊNDICE C - SOLICITAÇÃO PARA ACESSO EXCEPCIONAL A LABORATÓRIOS**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do documento de identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, afirmo que sou aluno/a regularmente matriculado/a na UFSJ. Afirmo ainda que não possuo recursos de informação suficientes para acompanhar as aulas remotas ofertadas pelo professor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­, disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e que, por este motivo, necessito permissão para acessar o laboratório do campus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sala \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, andar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nos dias e horários \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Declaro estar ciente da situação epidemiológica da pandemia de Covid-19 e dos riscos a que poderei estar exposto em decorrência do meu pedido, e que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei. Comprometo-me a seguir os protocolos de biossegurança definidos pela Instituição e estou ciente, também, de que a autorização de uso pode ser suspensa em função das condições e orientações sanitárias e institucionais. Relacionar os recursos necessários para acompanhamento da unidade curricular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Atenção:** Em caso de aprovação, faz-se necessário deixar uma via deste documento com o responsável pela liberação do laboratório.

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) aluno

------------------- **(Espaço reservado ao professor da unidade curricular)** --------------------

O(a) estudante está matriculado na unidade curricular mencionada?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O(a) estudante necessita dos recursos mencionados acima para acompanhar as aulas?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Há possibilidade de mudar o formato das aulas para que o estudante possa acompanhá-la de casa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) professor(a)

------------------------------ **(Espaço reservado à coordenadoria do curso)** -----------------------

Parecer do (a) coordenador (a): ( ) Deferido ( ) Indeferido

Data: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivo do Indeferimento:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anexar documento adicional, quando houver (parecer, ata de reunião do colegiado, etc.).**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) coordenador(a) de curso

**APÊNDICE D**

**Autodeclaração do servidor que retornará ao trabalho presencial**

***Esse formulário poderá ser eletrônico, via google form***

***(conforme determinado pela comissão local)***

Eu (CITAR NOME COMPLETO), CPF número (CITAR Nº) declaro através da presente, para os devidos fins de realização de atividades presenciais na Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), que necessito realizar atividades laborais nas dependências do Campus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no setor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. E atualmente encontro-me:

( ) vacinado com as duas doses da vacina contra a Covid-19.

( ) não vacinado com as duas doses da vacina contra Covid-19.

Por fim, declaro ter ciência que, independente da situação vacinal, eu devo manter todos os cuidados necessários relativos à prevenção da Covid-19, utilizando máscara de proteção individual, realizando a higienização adequada das mãos e respeitando o distanciamento social preconizado no Protocolo de Biossegurança institucional e dos órgãos sanitários competentes.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, XX de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_.

(Assinatura do Declarante)

**APÊNDICE E**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO PRESENCIAL EM AÇÕES DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA UFSJ**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (docente, técnico administrativo, discente da UFSJ ou público externo à instituição) declaro, para os devidos fins de direito, que estou ciente da situação epidemiológica de pandemia da COVID-19 e que decidi, por livre iniciativa, participar das atividades presenciais da ação de Extensão Universitária: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, durante o período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, nos espaços físicos a seguir: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro, ainda, estar ciente dos riscos a que poderei estar exposto ao participar de atividades presenciais e me comprometo a seguir os protocolos de biossegurança definidos pela UFSJ e pelos espaços onde serão realizadas as ações de extensão presenciais. A prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e assinatura

**APÊNDICE F: INDICADORES E MÉTRICAS PARA IDENTIFICAÇÃO DE CASO DE COVID-19 E MONITORAMENTO PARA RETORNO PRESENCIAL DAS ATIVIDADES**

|  |  |
| --- | --- |
| **INDICADOR/FREQUÊNCIA** | **MEDIDAS** |
| 1. Número de casos positivos de COVID- 19 entre a comunidade acadêmica em atividades presenciais.   **Frequência do monitoramento: SEMANAL**  a) Casos entre acadêmicos  b) Casos entre professores e técnicos de laboratório e administrativos  c) Casos entre funcionários terceirizados | * Caso confirmado de COVID-19 deve ser comunicado à respectiva Coordenadoria ou chefia imediata, e essas devem comunicar à Comissão Local. * A notificação individual, por meio de autodeclaração, deve ser realizada conforme fluxo definido pela respectiva comissão local. |
| 1. Número de casos suspeitos de COVID-19 entre a comunidade acadêmica em atividades presenciais.   **Frequência do monitoramento: SEMANAL**  a) Casos suspeitos entre acadêmicos  b) Casos suspeitos entre professores e técnicos administrativos e de laboratório  c) Casos suspeitos entre funcionários terceirizados | * Caso suspeito de COVID-19 identificado na barreira sanitária do Campus ou durante a execução das atividades presenciais e comunicado à respectiva Coordenadoria ou chefia imediata,e essas devem comunicar à Comissão Local. * Caso sintomático suspeito de COVID-19 comunicado à respectiva Coordenadoria ou chefia imediata por meio de envio de autodeclaração.   *\* Caso suspeito de COVID-19: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos.* |
| 1. Número de pessoas que tiveram contato próximo com caso confirmado de COVID-19.   **Frequência do monitoramento: SEMANAL**  a) Contactantes entre acadêmicos  b) Contactantes entre professores e técnicos administrativos e de laboratório  c) Contactantes entre funcionários terceirizados | * Contatos próximos com caso confirmado de COVID-19.   *\* Definição de contato próximo: qualquer indivíduo que tenha estado a menos de 1 (um) metro de distância de uma pessoa infectada por pelo menos 15 minutos, a partir de 2 dias antes do início da doença até 10 dias após a data de início dos sintomas do caso confirmado.* |

**APÊNDICE G: MODELO DE RELATÓRIO DE INDICADORES E MÉTRICAS PARA MONITORAÇÃO DE CASO DE COVID-19**

***Esse formulário poderá ser eletrônico, via google form***

***(conforme determinado pela comissão local)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome da** Coordenadoria de Curso e campus |  |
| **INDICADOR/FREQUÊNCIA SEMANAL** | **Quantidade** |
| 1. Número de **casos positivos** de COVID- 19 entre a comunidade acadêmica em atividades presenciais.   a) Número de casos positivos entre acadêmicos  b) Número de casos positivos entre professores e técnicos de laboratório e administrativos  c) Número de casos positivos entre funcionários terceirizados |  |
| 1. Número de **casos suspeitos** de COVID-19 entre a comunidade acadêmica em atividades presenciais (identificado na barreira sanitária do Campus ou durante a execução das atividades presenciais).   a) Casos suspeitos entre acadêmicos  b) Casos suspeitos entre professores e técnicos administrativos e de laboratório  c) Casos suspeitos entre funcionários terceirizados |  |
| 1. Número de pessoas que tiveram contato próximo com caso confirmado de COVID-19.   a) Número de contactantes entre acadêmicos  b) Número de contactantes entre professores e técnicos administrativos e de laboratório  c) Número de contactantes entre funcionários terceirizados |  |
| 1. Descrição do espaço/setor e turma onde ocorreu possível contato dentro da UFSJ: 2. Medidas adotadas pela Coordenadoria e chefia imediata em caso de identificação de casos suspeitos e confirmados: 3. Índice geral de absenteísmo de a) discentes, b) docentes e c) técnicos de laboratório e administrativos durante a semana: | |

Esse mesmo relatório será utilizado pela prefeitura de campus para ser enviado ao Comitê de Biossegurança, no entanto o(a) prefeito(a) deverá condensar as informações enviadas pelas coordenações de cursos e enviar um arquivo único por campus.

Nome

**ANEXO 3: Declaração de utilização do transporte público coletivo para deslocamento para o local de trabalho.**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Instrução Normativa nº 109, de 29 de outubro de 2020, que me enquadro em situação de priorização para efeito de afastamento das atividades presenciais, preferencialmente por trabalho remoto, em razão de utilizar transporte público coletivo no deslocamento para o local de trabalho. Declaro, ainda, pelas mesmas razões, que não exercerei nenhuma outra atividade remunerada em caráter presencial durante esse mesmo período.

Declaro, por fim, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais, cíveis e administrativas previstas em Lei.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

Local e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e assinatura