**Anexos - Orientações de Biossegurança para os Laboratórios e Banheiros do CT para enfrentamento da COVID-19**

**(Versão atualizada)**

**João Pessoa,**

**maio/2021**

**ANEXO I**

**SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES PRESENCIAIS DE PESQUISA EM LABORATÓRIOS DO CENTRO DE TECNOLOGIA DA UFPB, DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) regularmente matriculado no Curso de □Graduação □Mestrado □Doutorado em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, do Campus \_\_\_\_\_ da UFPB, solicito autorização para trabalho presencial nas dependências do Laboratório \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para realizar atividades de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sob a orientação do Prof(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ durante o período de Pandemia do COVID-19. Informo que respeitarei as orientações de segurança e diretrizes estabelecidas pela UFPB e Comissões de Biossegurança, bem como as normas de segurança internas estabelecidas pelo Coordenador e Servidores do Laboratório, para o retorno das atividades presenciais de pesquisa no Centro de Tecnologia -UFPB. Declaro ainda que essa solicitação está sendo feita de forma totalmente **voluntária** e que as atividades solicitadas são extremamente necessárias para a finalização do meu trabalho de □ Pesquisa de Extensão □ Iniciação Científica □ TCC da Graduação □ Dissertação do Mestrado □ Tese do Doutorado □ Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Discente |  | Orientador |  | Coordenador do Laboratório |
|  |  |  |  |  |

**ANEXO II**

**NORMAS A SEREM SEGUIDAS PARA A GARANTIA DA BIOSSEGURANÇA NAS ATIVIDADES PRESENCIAIS DESENVOLVIDAS NESTE LABORATÓRIO DE PESQUISA DO CENTRO DE TECNOLOGIA DO CAMPUS I DA UFPB**

Todas as informações prestadas neste documento devem ser seguidas na íntegra, o não cumprimento acarretará na interrupção das atividades e penalidades serão aplicadas no âmbito administrativo e jurídico.

|  |
| --- |
| **NORMAS DO LABORATÓRIO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Atendimento ao público: | \_\_\_\_\_h \_\_\_\_\_\_min | às | \_\_\_\_\_h \_\_\_\_\_\_min |
| Permanência de visitantes: | \_\_\_\_\_h \_\_\_\_\_\_min | às | \_\_\_\_\_h \_\_\_\_\_\_min |
| Medidas Protetivas Mínimas do Discente: | □ Máscara Qde:\_\_\_\_□ Luva Qde:\_\_\_\_□ Touca/Propé Qde:\_\_\_\_□ Avental/Bata Qde:\_\_\_\_□ Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Protetor Facial Qde:\_\_\_\_□ Óculos de Proteção Qde:\_\_\_\_□ Calçado de Proteção CA:\_\_\_\_\_□ Protetor Auricular dB:\_\_\_\_\_□ Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Medidas Protetivas Mínimas do Docente/Servidor/Técnico: | □ Máscara Qde:\_\_\_\_□ Luva Qde:\_\_\_\_□ Touca/Propé Qde:\_\_\_\_□ Avental/Bata Qde:\_\_\_\_□ Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Protetor Facial Qde:\_\_\_\_□ Óculos de Proteção Qde:\_\_\_\_□ Calçado de Proteção CA:\_\_\_\_\_□ Protetor Auricular dB:\_\_\_\_\_□ Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Medidas Protetivas Mínimas do Setor/Laboratório: | □ Álcool 70º Qde:\_\_\_\_□ Álcool Gel Qde:\_\_\_\_□ Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Tapete Sanitizante Qde:\_\_\_\_□ Filme PVC Qde:\_\_\_\_□ Detergente Qde:\_\_\_\_□ Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Higienização do Setor a cada: | Setor de Trabalho: \_\_\_\_h | Banheiros Internos: \_\_\_\_h |

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Discente |  | Orientador |  | Coordenador do Laboratório |

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE NÃO NECESSIDADE E/OU IMPOSSIBILIDADE DO**

**RETORNO DAS ATIVIDADES DO LABORATÓRIO CONFORME NORMAS ESTABELECIDAS PELAS COMISSÕES DE BIOSSEGURANÇA DA UFPB**

Todas as informações prestadas neste documento são apresentadas pelo Coordenador do Laboratório em conformidade com as autodeclarações dos respectivos Servidores, se constatadas informações inverídicas, penalidades serão aplicadas nos diversos âmbitos. O fechamento do Setor se dará em função da:

1. não existência de Servidor(es) para execução de suas atividades por se enquadrar(em) no Grupo de Risco;
2. necessidade da presença do Discente durante as atividades e que este também se enquadre no Grupo de Risco;
3. ausência de medidas protetivas necessárias durante a execução das atividades, fornecidas pela UFPB e/ou pelo Discente;
4. não solicitação dos serviços prestados pelo Setor no período, e assim, garantir o distanciamento/isolamento social, evitando aglomerações e exposição desnecessária ao risco.

|  |
| --- |
| **LABORATÓRIO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **CARGO:** | **NOME DO SERVIDOR:** | **SIAPE:** | **GRUPO DE RISCO:** |
| Coordenador | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | □Sim □Não |
| Servidor | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | □Sim □Não |
| Servidor | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | □Sim □Não |
| Servidor | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | □Sim □Não |
| Servidor | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | □Sim □Não |
| Servidor | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | □Sim □Não |

No mês de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, este Setor permanecerá fechado devido:

□ Servidores/Coordenador/Discentes em Grupo de Risco \*sublinhar a(s) pessoa(s)

□ Ausência de Medidas Protetivas

□ Setor não solicitado no período

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

|  |
| --- |
|  |
| Coordenador do Laboratório e Carimbo |

**ANEXO IV**

**TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE DO DISCENTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Discente**  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Matrícula:**  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **PARTICIPOU DE ALGUMA ATIVIDADE SEM O DEVIDO DISTANCIAMENTO NOS ÚLTIMOS 15 DIAS?** □Sim □Não (bares/restaurantes, festas, boates, viagens, congressos, reuniões, consultas médicas, ..., ou toda e qualquer outra atividade dessa natureza)**QUAIS DESTES SINTOMAS VOCÊ ESTÁ SENTINDO NOS ÚLTIMOS 15 DIAS?** |
| Febre | □Sim □Não | Dor de garganta | □Sim □Não | Dores no corpo | □Sim □Não |
| Tosse | □Sim □Não | Dificuldade de respirar | □Sim □Não | Irritabilidade | □Sim □Não |
| Coriza | □Sim □Não | Perda do olfato | □Sim □Não | Fraqueza | □Sim □Não |
| Diarréia | □Sim □Não | Perda do paladar | □Sim □Não | Mal estar | □Sim □Não |
| Vômitos | □Sim □Não | Dor de cabeça | □Sim □Não | Outro: |  |
| Algum outro sintoma?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Caso algum sintoma seja positivo, quando começaram os sintomas?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **ALGUMA OUTRA ENFERMIDADE QUE NECESSITE RELATAR?** |
| □ Doença Renal | □ Doença Cardiovascular | □ Asma |
| □ Hipertensão | □ Doença Hepática | □ Obesidade |
| □ Diabetes | □ Doença Neuromuscular | □ Neoplasia |
| □ Doença Autoimune | □ Doença Neurológica Crônica | □ Outra: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** |
| □ Imunodeficiência | □ Doença Pulmonar Crônica | □ Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **POSSÍVEL EXPOSIÇÃO AO COVID:** |
| Contato com alguém com confirmação de contaminação? | □Sim □Não □Talvez □Não Sei |
| Contato com alguém com suspeita de estar contaminado? | □Sim □Não □Talvez □Não Sei |
| Já foi diagnosticado com COVID-19? | □Sim □Não □Talvez □Não Sei |
| Caso não, já sentiu alguns dos sintomas do COVID? | □Sim □Não □Talvez □Não Sei |
| Caso sim, há quanto tempo teve COVID ou os sintomas? |  |
| **INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |

Declaro que, caso venha a sentir, durante o período da realização das atividades presenciais, qualquer sintoma relativo à COVID-19, suspenderei imediatamente minhas participações e comunicarei a situação ao(à) Orientador(a) Responsável e todo(s) o(s) Servidor(es) com o(s) qual(is) tiver contato para as providências cabíveis.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

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

Discente e Matrícula