**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