



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA**

TERMO DE CIÊNCIA E LIVRE CONSENTIMENTO

Eu,....., aluno(a) do curso de, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba–Campus....., Turma/Período:....., Matrícula:, comprometo-me a seguir as orientações quanto ao cumprimento do Protocolo de Biossegurança IFPB durante minha participação presencial nas atividades propostas para minha turma/curso, DECLARO QUE:

- a. Não sou membro de grupo de risco para COVID-19 definido pelo Ministério da Saúde: idade igual ou superior a 60 anos; cardiopatas, cardiopatas graves ou descompensados (insuficiência cardíaca, cardiaca, cardiopatia isquêmica); pneumopatas graves ou descompensados (asma moderada/grave, DPOC); quem tem doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5); quem tem Diabetes Mellitus, conforme juízo clínico; quem tem doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica; quem tem gestação de alto risco; pessoa com imunodepressão; hipertensos.
- b. Tenho plenas condições físicas e mentais de exercer as atividades presenciais, motivo pelo qual manifesto a minha opção de retomar as atividades acadêmicas por vontade própria;
- c. Li o documento intitulado “Protocolo Biossegurança do IFPB (protocolo de biossegurança para nortear a realização das atividades presenciais no período de pandemia devido à COVID-19)”; e estou de acordo com a realização das minhas atividades em consonância com os referidos documentos;
- d. A fim de mitigar os riscos de transmissão do vírus, me responsabilizar pela adoção das seguintes medidas: (1) higienizar as mãos constantemente; (2) manter o distanciamento social; (3) usar adequadamente a máscara facial; (4) manter etiqueta respiratória; (5) realizar desinfecção de materiais e equipamentos de uso compartilhado com álcool 70% ou outro higienizante; (6) priorizar os ambientes mais arejados; (7) evitar contato físico como apertos de mãos e abraços.
- e. Tenho ciência dos riscos envolvidos na realização das atividades presenciais neste período de pandemia;
- f. Utilizarei máscara enquanto estiver nas dependências do IFPB e/ou nas atividades acadêmicas, retirando a máscara apenas para alimentar-me ou ingerir líquidos, para minha proteção e segurança individual e coletiva;
- g. Estar ciente de que na presença de qualquer sintoma relacionado à COVID-19, em mim ou em contatos próximos (familiares e colegas), devo comunicar imediatamente ao responsável no Campus e não devo frequentar os espaços da IFPB. Informarei meu estado de saúde com transparência;
- h. Em caso de suspeita de COVID-19 em minha pessoa no Campus, tenho ciência de que devo retornar para o meu domicílio imediatamente, procurar atendimento médico na rede de saúde e comunicar ao representante da instituição. Devo permanecer em isolamento.
- i. Caso o resultado do RT-PCR para Sars-CoV-2 seja positivo, tenho ciência de que permanecerei em casa pelo período de 14 dias, a contar do início dos sintomas.
- j. Caso eu ainda apresente sintomas após os 14 dias do início deles, estou orientado a retornar ao serviço médico para avaliação.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA PARAÍBA**

- k. Caso não cumpra as normas estabelecidas pelo IFPB, não poderei participar das atividades presenciais, nem permanecer nas dependências da instituição, sendo submetido às penalidades cabíveis, previstas no Regulamento Disciplinar.

Ante o exposto, assino o presente Termo de Ciência e Livre Consentimento.

_____, ____/____/____
Local e data.

Assinatura do Estudante

TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO (Para estudante MENOR DE IDADE)

Autorizamos a participação deste estudante nas atividades presenciais do IFPB

Assinatura dos pais ou responsável legal acompanhada de cópia do RG e CPF

Contato telefônico dos pais ou responsáveis pelo menor:

TERMO DE CIÊNCIA (Para estudante MAIOR DE IDADE)

Estamos cientes da participação deste estudante nas atividades presenciais do IFPB

Assinatura dos pais ou responsável legal