



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
DIREÇÃO – CAMPUS CERRO LARGO
Rua Major Antônio Cardoso, 590, Centro, Cerro Largo-RS, CEP 97900-000, 55 3359-3956
diretor.cl@uffs.edu.br, www.uffs.edu.br

ANEXO I

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REGIME DOMICILIAR DISCENTE– COVID-19 – ESTUDANTES EM GRUPO DE RISCO, GRUPO DE PREVENÇÃO OU GRUPO ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO	
Nome:	
Nome social:	
Matrícula:	
Curso:	
Fone:	
IDENTIFICAÇÃO DO ENQUADRAMENTO (Assinale com um “X” na coluna esquerda o(s) Grupo(s) a que pertence e a(s) condição(ões) de enquadramento)	
GRUPO DE RISCO: Sou portador de:	
()	a) doença crônica (hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, diabetes, deficiência imunológica e obesidade mórbida), cardiopatias graves ou descompensados (insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, arritmias);
()	b) pneumopatias graves ou descompensados (em uso de oxigênio domiciliar);
()	c) asma moderada/grave;
()	d) doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC;
()	e) imunodepressão;
()	f) doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
DIREÇÃO – CAMPUS CERRO LARGO
Rua Major Antônio Cardoso, 590, Centro, Cerro Largo-RS, CEP 97900-000, 55 3359-3956
diretor.cl@uffs.edu.br, www.uffs.edu.br

<input type="checkbox"/>	g) diabetes mellitus, conforme juízo clínico;
<input type="checkbox"/>	h) obesidade mórbida (IMC maior ou igual a 40);
<input type="checkbox"/>	i) doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica (ex.: Síndrome de Down);
<input type="checkbox"/>	j) idade igual ou superior a sessenta (60) anos com as comorbidades aqui relacionadas;
<input type="checkbox"/>	k) gestação de alto risco;
<input type="checkbox"/>	l) em tratamento com imunossuppressores ou oncológico;
	m) outras a serem definidas pelo Ministério da Saúde:
<input type="checkbox"/>	- Tabagismo (incluído pela IN SGP/SEDGG/ME Nº 90/2021)
<input type="checkbox"/>	- outra (ver IN SGP/SEDGG/ME Nº 90/2021): (especificar)
GRUPO DE PREVENÇÃO: Assinale a condição de enquadramento:	
<input type="checkbox"/>	a) com idade igual ou superior a sessenta (60) anos;
<input type="checkbox"/>	b) gestantes ou lactantes;
<input type="checkbox"/>	c) responsáveis pelo cuidado de uma ou mais pessoas com suspeita ou confirmação de diagnóstico de infecção por COVID-19;
<input type="checkbox"/>	d) que apresentem sinais e sintomas gripais, enquanto perdurar essa condição.
GRUPO ESPECIAL: Me classifico como pessoa:	
<input type="checkbox"/>	a) que tenham filhos em idade escolar ou inferior e que necessitam de assistência enquanto vigorar a norma local que suspendeu ou afastou das atividades escolares ou em creche.
<input type="checkbox"/>	b) responsáveis pelo cuidado de uma ou mais pessoas com suspeita ou confirmação de diagnóstico de infecção por COVID-19, desde que haja coabitação;



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
DIREÇÃO – CAMPUS CERRO LARGO
Rua Major Antônio Cardoso, 590, Centro, Cerro Largo-RS, CEP 97900-000, 55 3359-3956
diretor.cl@uffs.edu.br, www.uffs.edu.br

<input type="checkbox"/>	c) que sejam responsáveis ou que coabitem com pessoas do fator de risco.
COMPROVAÇÃO DA CONDIÇÃO DE ENQUADRAMENTO OU AUTODECLARAÇÃO (Assinale a opção com um “X” na coluna esquerda)	
COMPROVAÇÃO DA CONDIÇÃO: (Para todos os casos do Grupo de Risco, casos (a) e (b) do Grupo de Prevenção e casos (a) e (c) do Grupo Especial)	
Comprovação do enquadramento acima identificado, para que eu possa ser submetido ao regime domiciliar de estudos, em função do estado de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus. A condição de enquadramento pode ser comprovada através dos seguintes documentos anexados a este formulário (Obs: deverão ser anexados os comprovantes)	
<input type="checkbox"/>	Laudo/Atestado médico.
<input type="checkbox"/>	Outros documentos comprobatórios.
AUTODECLARAÇÃO: (Válida apenas para os casos (c) e (d) do Grupo de Prevenção e para os casos (b) do Grupo Especial.	
<input type="checkbox"/>	Eu, estudante acima identificado(a) e abaixo assinado, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto no “Plano de retorno às atividades acadêmicas suspensas no contexto do enfrentamento da pandemia de COVID-19 – Campus Cerro Largo” (aprovado pela RESOLUÇÃO Nº 11/CONSCCL/UFGS/2021), que devo ser submetido ao regime domiciliar de estudos em razão do enquadramento acima identificado, em função do estado de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus. Declaro, mais, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei.
Data de início dos sintomas:	_____/_____/2021



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
DIREÇÃO – CAMPUS CERRO LARGO

Rua Major Antônio Cardoso, 590, Centro, Cerro Largo-RS, CEP 97900-000, 55 3359-3956
diretor.cl@uffs.edu.br, www.uffs.edu.br

Nome da pessoa com quem coabita ou cuida:	(Nome): _____ (Especificar a vinculação): _____ Observação: Aplicável Para os casos (c) do Grupo de Prevenção e (b) do Grupo Especial;
Observação geral:	De acordo com o Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde e diversas Sociedades de Especialidades Médicas, o isolamento domiciliar dos casos suspeitos ou confirmados deverá ocorrer pelo período de 14 dias, bem como a quarentena de pessoas que habitam na mesma residência ou que tiveram contato próximo e prolongado com o doente em outros ambientes.