

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Portaria nº 2.789/GM/MS, de 14 de outubro de 2020, e em consonância com Instrução Normativa nº 19, de 12 de março de 2020, e suas alterações, que tenho filhos em idade escolar ou inferior e que necessitam da minha assistência, portanto, necessito ser submetido a trabalho remoto com data de início _____, e enquanto vigorar a norma local, conforme o ato normativo _____, que suspendeu as atividades escolares ou em creche, por motivos de força maior relacionadas ao Coronavírus. Declaro, ainda, pelas mesmas razões, que não exercerei nenhuma outra atividade remunerada em caráter presencial durante esse período e que não possuo cônjuge, companheiro ou outro familiar adulto que comigo resida apto a prestar assistência aos meus filhos em idade escolar. Declaro, por fim, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais, cíveis e administrativas previstas em Lei.

Local e data _____, ____ de _____ de _____.

assinatura _____

Informações adicionais:

Dados conjuge:

Nome Completo:

Servidor Público ou Empregado Público Federal: () Sim () Não

Dados dos filhos (deve ser preenchido para cada filho):

Nome Completo:

Idade:

Escola: () Pública () Privada

UF da Escola:

Cidade da Escola:

APÊNDICE III

AUTODECLARAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE COVID-19

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Portaria nº 2.789/GM/MS, de 14 de outubro de 2020, e em consonância com Instrução Normativa nº 19, de 12 de março de 2020, e suas alterações, que devo ser submetido a afastamento em razão de apresentar sinais ou sintomas gripais, com data de início _____, estando ciente de que devo procurar atendimento de saúde e retornar às atividades presenciais, 24 (vinte e quatro) horas após a resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, caso não tenha sido confirmado o diagnóstico de Covid-19 ou outra doença que enseje no afastamento por motivo de saúde. Declaro, por fim, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei.

Local e data _____, ____ de _____ de _____.

assinatura _____

APÊNDICE IV

AUTODECLARAÇÃO DE CONTATO PRÓXIMO DE CASO CONFIRMADO

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Portaria nº 2.789/GM/MS, de 14 de outubro de 2020, que tive contato com caso confirmado de Covid-19 no dia _____ (data do primeiro contato) conforme itens assinalados abaixo, me enquadrando, portanto, como um contato próximo de caso confirmado:

() estive a menos de um metro de distância, por um período mínimo de 15 minutos;

() tive contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos) com um caso suspeito ou confirmado;

() sou profissional de saúde que prestou assistência em saúde ao caso de Covid-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual (EPI), conforme preconizado, ou com EPIs danificados;

() tive contato domiciliar com residentes na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, dentre outros).

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

Local e data _____, ____ de _____ de _____.

assinatura _____

APÊNDICE V

QUESTIONÁRIO DE ACESSO ÀS UNIDADES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

1. Nome:

2. Sexo:

() Feminino

() Masculino

3. Idade:

4. Setor de trabalho (Departamento/Secretaria):

5. Unidade do Ministério:

() Ed. Sede

() PO700

() Anexo

() Outro: _____

6. Ramal:

7. Outro telefone de contato (celular):

8. Atualmente, você está sentindo algum sintoma respiratório?

() Sim

() Não

9. Se sim, quais sintomas?

() tosse

() febre

() dor de garganta

() perda de olfato/paladar

() outro _____

10. Se sim, há quanto tempo sente?

() Começou hoje

() 1-7 dias

() 8-14 dias

() mais de 14 dias

11. Teve algum contato nos últimos 14 (quatorze) dias com familiares, colegas de trabalho ou amigos, com sintomas gripais compatíveis com Covid-19?

() Sim

() Não

12. Caso tenha tido contato com colegas de trabalho, cite o(s) nome(s) e

setor(es):

a. _____

b. _____

c. _____

d. _____

APÊNDICE VI

MEDIDAS EM RELAÇÕES AOS CASOS SUSPEITOS, CONFIRMADOS E CONTATOS PRÓXIMOS

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

As definições expressas neste Apêndice não trazem nenhum tipo de responsabilidade de avaliação ou juízo clínico para os gestores das unidades, sendo o diagnóstico nosológico de competência legal do profissional médico.

CASO SUSPEITO DE SÍNDROME (SG)

Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

CASO SUSPEITO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)

Indivíduo com Síndrome Gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão ou dor persistente no tórax OU saturação de Oxigênio (O2) menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto.

CASO CONFIRMADO

Por critério clínico: Caso de Síndrome Gripal (SG) ou Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) associado a anosmia (disfunção olfativa) ou ageusia (disfunção gustatória);

Por critério clínico-epidemiológico: Caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com caso confirmado para Covid-19;

Por critério clínico-imagem: Caso de SG ou SRAG que não foi possível confirmar ou descartar por critério laboratorial. E que apresente alterações tomográficas compatíveis com a Covid-19;

Por critério laboratorial: Caso de SG ou SRAG com resultado de teste laboratorial, seja molecular (RT-qPCR) ou imunológico (ELISA, ECLIA, CLIA) IgM, IgA e/ou IgG* detectável ou reagente SARS-CoV-2.

Por critério laboratorial em indivíduo assintomático: resultado de teste laboratorial, seja molecular (RT-qPCR) ou pesquisa de antígeno detectável ou reagente para SARS-CoV-2.

CONTATO PRÓXIMO

A pessoa que esteve próximo a um caso confirmado de Covid-19 durante o seu período de transmissibilidade, ou seja, entre 2 (dois) dias antes e 10 (dez) dias após a data de início dos sinais e/ou sintomas do caso confirmado. Para a identificação de contato próximo, considerar as possibilidades abaixo:

a) estar a menos de um metro de distância, por um período mínimo de 15 (quinze) minutos, com um caso confirmado, sem utilizar máscara;

b) ter contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos) com um caso confirmado;

c) ser profissional de saúde que prestou assistência em saúde ao caso de Covid-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual (EPI), conforme preconizado, ou com EPIs danificados;

d) ser contato domiciliar: residentes na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, dentre outros).

ORIENTAÇÕES PARA ISOLAMENTO DE CASOS DE COVID-19:

Para indivíduos com quadro de Síndrome Gripal (SG) - leve a moderado - com confirmação para COVID-19 por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico-laboratorial), as medidas de isolamento e precaução podem ser suspensas após 10 dias do início dos sintomas, desde que permaneça sem febre sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios.

Para indivíduos com quadro de Síndrome Gripal (SG) - leve a moderado - e que apresentem resultado de exame laboratorial não reagente ou não detectável pelo método RT-qPCR ou teste rápido para detecção de antígeno para SARS-CoV-2, as medidas de isolamento e precaução podem ser suspensas desde que permaneça sem febre sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios.

Para indivíduos com quadro de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) - grave/crítico - com confirmação por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico-laboratorial) para COVID-19, as medidas de isolamento e precaução podem ser suspensas após 20 dias do início dos sintomas OU após 10 dias com resultado RT-qPCR negativo, desde que permaneça sem febre sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica.

Para indivíduos assintomáticos confirmados laboratorialmente para COVID-19 (resultado detectável pelo método RT-qPCR ou teste rápido para detecção de antígeno para SARS-CoV-2), deve-se manter isolamento, suspendendo-o após 10 dias da data de coleta da amostra.

De acordo com a orientação médica para licença para tratamento de saúde, deve ser apresentado atestado médico conforme descrito no item 7.4 deste documento.

MEDIDAS PARA OS CASOS SUSPEITOS DE COVID-19:

Buscar imediatamente o serviço de saúde e permanecer em trabalho remoto até confirmação ou descarte de Covid-19. O caso suspeito deverá preencher a autodeclaração constante no Apêndice III e apresentar à chefia imediata.

Os casos suspeitos para os quais não foi possível a confirmação, por qualquer um dos critérios deste Apêndice, devem retornar ao trabalho após 24 (vinte e quatro) horas de resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, desde que não haja orientação médica em sentido contrário.

Servidores e colaboradores que tiveram contato com casos suspeitos devem ser monitorados quanto ao aparecimento de sinais e sintomas compatíveis com a doença, mantendo a rotina de trabalho com adoção de todas as medidas recomendadas.

Se o caso suspeito for confirmado para Covid-19, seguir as medidas do item anterior.

MEDIDAS PARA OS CONTATOS PRÓXIMOS DE CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19:

Devem ser orientados a buscar o serviço de saúde para avaliação, testagem e monitoramento quanto ao aparecimento de sinais e sintomas. Recomenda-se o afastamento por até 14 (quatorze) dias, após o último contato com o caso confirmado, ou até o resultado negativo do teste para SARS-CoV-2, devendo permanecer em trabalho remoto.

Em caso de teste negativo, deve retornar de imediato ao trabalho presencial, salvo orientação médica em sentido contrário.

O contato próximo de caso confirmado deverá preencher a autodeclaração confirmando as informações prestada, de acordo com o Apêndice IV e apresentar a chefia imediata.

RETIFICAÇÃO

No art 4º da Portaria nº 2.796/GM/MS, de 13 de outubro de 2020, publicada no Diário Oficial da União nº 197, de 14 de outubro de 2020, Seção 1, página 121,

Onde se lê: "O recurso orçamentário, objeto desta Portaria, correrá por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.122.5018.21C0.6500 - Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus - Plano Orçamentário CV50 - Medida Provisória nº 976, de 4 de junho de 2020."

Leia-se: "O recurso orçamentário, objeto desta Portaria, correrá por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.122.5018.21C0.6500 - Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus - Plano Orçamentário CV70 - COVID-19 - Medida Provisória nº 967, de 19 de maio de 2020."

