**TERMO DE RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL**

**PARTICIPAÇÃO NO TMB ESTADUAL**

ATLETA ( ) COMISSÃO TÉCNICA ( ) ARBITRAGEM ( )

Campeonato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jogo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF:\_ RG:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1-** Tem tosse? | ( ) Sim | ( ) Não |
| **2-** Tem febre: T 37,5° C | ( ) Sim | ( ) Não |
| **3-** Tem falta de ar? | ( ) Sim | ( ) Não |
| **4-** Tem dor/irritação da garganta? | ( ) Sim | ( ) Não |
| **5-** Tem dor de cabeça? | ( ) Sim | ( ) Não |
| **6-** Tem dor, secreção nasal/espirros | ( ) Sim | ( ) Não |
| **7-** Tem dores no corpo/mialgia? | ( ) Sim | ( ) Não |
| **8-** Tem dores nas articulações? | ( ) Sim | ( ) Não |
| **9-** Está com fraqueza anormal? | ( ) Sim | ( ) Não |
| **10-**Tem diarreia? | ( ) Sim | ( ) Não |
| **11-** Tem alteração do olfato? | ( ) Sim | ( ) Não |
| **12-** Esteve em contato nos últimos14 dias |  |  |
| com caso diagnosticado com COVID-19? | ( ) Sim | ( ) Não |

Assinatura:

Para Menores de 18 anos, obrigatória a assinatura de Responsável Legal:

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

(Nome Completo do Responsável Legal, Assinatura e Data)

CONDUTA:

|  |  |
| --- | --- |
| Resposta | Ação |
| Itens 1, 2 e 11 com respostas afirmativas simultaneamente  (altamente sugestiva de COVID-19) | Avaliação clínica, realização de exames de RT-PCR |