**TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE**

**EU, \_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_** inscrito (a) no CPF sob o

nº.\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, natural de \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data nascido no dia \_ \_, residente e domiciliado (a) na Rua/Av: \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ ,Compl.: \_\_ \_\_\_, Bairro: \_\_ \_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_\_\_, CEP:\_\_\_\_\_30140-140\_\_\_, Cidade de \_ \_\_, Estado de \_ \_\_\_, endereço eletrônico:\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_, acadêmico devidamente matriculado da Instituição \_\_\_ ciente quanto à existência da pandemia declarada pela Organização Mundial de Saúde, da situação de emergência de saúde pública decorrente do coronavírus (Covid-19), declaro para todos os efeitos e fins que:

Tenho conhecimento que o Hospital da Polícia Militar atua como hospital de referência da Polícia Militar e Corpo de bombeiros Militares de MG, e de seus dependentes para atendimento e internação de doentes graves, com suspeita e/ou confirmação da COVID-19. Tenho conhecimento a respeito das medidas de prevenção e cuidados necessários para evitar o contágio do coronavírus e de outras doenças contagiosas no ambiente do estágio.

Declaro expressamente e sob as penas da lei que não apresento sintomas gripais, como: tosse; febre; coriza; dor de garganta; dificuldade para respirar, motivo pelo qual não estou submetido ao isolamento obrigatório.

Declaro que não pertenço a população de risco e que tenho plenas condições físicas e mentais de exercer as atividades no Hospital Militar, motivo pelo qual manifesto a minha opção de realizar as atividades de estágio, declarando, na oportunidade, que farei uso regular dos equipamentos de proteção individual e coletiva, ciente de que são necessários para a minha proteção.

Declaro que não obtive conhecimento nos últimos 07 (sete) dias de que pessoas com quem mantive contato estão sob suspeita ou testaram positivo para coronavírus.

Declaro que se no decorrer do estágio eu apresentar quaisquer sinais ou sintomas suspeitos de COVID-19, me afastarei imediatamente, informarei ao preceptor do estágio, bem como ao responsável pelo estágio da Faculdade e seguirei o fluxo de atendimento por ela proposto, sob pena de responder nas esferas ética, administrativa e penal.

Assino o presente termo assumindo pessoal e individualmente todas as consequências e responsabilidades pelo exercício das atividades relacionadas ao estágio.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

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

**ALUNO/ESTÁGIÁRIO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CHEFE DO CENTRO DE ESTUDOS**