TERMO DE CONSENTIMENTO

**Identificação:**

Nome: Idade: Endereço: Telefone: CPF: RG:

**Identificação do Responsável: ( para os menores de 18 anos )**

Nome: Idade: Endereço: Telefone: CPF: RG:

Declaro para os devidos fins de direito, estar apto (a), em plenas condições de saúde, não possuindo qualquer sintoma relacionado ao COVID-19 que coloque em risco a saúde de terceiros, bem como não tive contato nos últimos 14 dias com alguma pessoa infectada.

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações acima, ciente de que, se falsa a declaração, ficarei sujeito às penas da Lei.

Comprometo-me também em cumprir com todos os protocolos de saúde estabelecidos pela Portaria Conjunta 1016 de 13/09/2021- SES/FESPORTE.

Local: Data: / / .

Assinatura do Atleta Assinatura do Responsável

Por favor, preencha o questionário a seguir:

|  |  |
| --- | --- |
| Apresenta febre maior que 37,8ºC? | Sim Não |
| Apresenta tosse seca? | Sim Não |
| Apresenta tosse com secreção amarela ou com sangue?(purulenta ou sanguinolenta) | Sim Não |
| Tem dor de garganta? | Sim Não |
| Apresenta coriza? | Sim Não |
| Apresenta falta de ar? (dispneia) | Sim Não |
| Sente dor de cabeça? (cefaleia) | Sim Não |
| Apresenta fraqueza? (astenia) | Sim Não |
| Apresenta dor muscular? (mialgia) | Sim Não |
| Apresenta diarreia? | Sim Não |
| Sentiu perda do olfato nos últimos dias?(anosmia) | Sim Não |
| Sentiu perda do paladar nos últimos dias?(disgeusia) | Sim Não |