

TERMO DE RESPONSABILIDADE

PANDEMIA SARS-COV-2

Eu, _____, de nacionalidade _____, nascido em ____ de _____ de _____, portador da Cédula de Identidade RG nº _____ - SSP/____, inscrito no CPF/MF sob o nº _____, com domicílio na _____, nº _____, no bairro _____, no município de _____, no Estado de São Paulo, CEP _____, matriculado no curso de Medicina da Universidade Brasil, sob o Registro Acadêmico nº _____, ciente da alta patogenicidade e infectividade do coronavírus SARS-Cov-2, que ensejou a adoção em todo território nacional de medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, conforme Lei nº 13.979/2020, e, ainda, ciente das medidas emergenciais, de caráter temporário e excepcional, enquanto o Município de Fernandópolis estiver classificado na fase emergencial do Plano São Paulo, conforme Decretos Municipais nº 8838/21 e 8848/21, além de todas medidas restritivas e de suspensão das atividades letivas presenciais adotadas pela Universidade Brasil, **declaro**, para todos os fins, que, entendo e aceito as implicações sobre a natureza, infectividade e riscos inerentes ao estado pandêmico causado pelo novo coronavírus, manifesto inequívoco e incondicionado **consentimento** para a realização das atividades discentes presenciais em Internato, assumindo, assim, a inteira responsabilidade por quaisquer danos à saúde ou integridade física decorrente da atividade de estágio e, por consequência, expressamente eximindo a Universidade Brasil (UB), preceptores e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Fernandópolis, de quaisquer responsabilidades em razão do meu exposto consentimento. Declaro, ainda, cumprir irrestritamente os protocolos sanitários e médicos, bem como, na vigência de qualquer sintoma relacionado à síndrome gripal e/ou, positividade para SARS-Cov-2, informarei imediatamente aos responsáveis pelo estágio curricular obrigatório e não participarei das atividades por um decurso temporal de quatorze dias, retomando somente após estar apto, mediante confirmação por teste sorológico do atual estado imunológico.

Fernandópolis/SP, ____ de _____ de _____
