TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO E COMPROMISSO

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, registrado(a) nesta empresa com número de Carteira de Trabalho \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, denominado(a) Colaborador(a), declaro para os fins que se fizerem necessários, estar ciente das informações abaixo, bem como ter sido devidamente orientado pelo EMPREGADOR a cumprir e fazer cumprir as exigências a seguir descritas:

Declaro que:

a) Recebi do empregador as informações sobre a doença (COVID-19), bem como seus riscos, as formas de transmissão, grupos de risco e cuidados necessários para se evitar o contágio, conforme amplamente divulgado pela mídia;

b) Encontro-me gozando de boa saúde, não pertenço a grupos de risco para a COVID-19, ou seja, possuo idade inferior a 65 anos, não apresento doença cardiovascular, diabetes, doença pulmonar crônica ou hipertensão, tampouco apresento sintomas como febre, perda do olfato, fadiga, tosse seca, falta de apetite ou dores musculares;

c) Sei que a transmissão se dá principalmente por contato pessoal, em especial por gotículas respiratórias em contato direto com mucosa ou indireto após contato com superfícies contaminadas;

d) Entendo que ações profiláticas adequadas são capazes de minimizar significativamente as possibilidades de contágio;

e) Entendo sobre a importância da retomada da atividade econômica para que se reduzam os impactos econômicos do isolamento e a redução dos postos de trabalho e a renda no Município, tendo conhecimento do Decreto Municipal nº 11.393/2020 e das as recomendações e deliberações Enfrentamento ao COVID-19;

f) Fui devidamente treinado e orientado a fazer uso correto dos equipamentos de proteção individual necessários ao exercício da minha função, assim como quanto ao uso de máscara e luva, e ao cumprimento das exigências de medidas de segurança para se evitar o contágio e/ou a propagação do vírus COVID-19.

Comprometo-me e me responsabilizo a: g) Usar os equipamentos de proteção individual bem como máscara e luva (esta última quando a atividade indicar);

h) Manter o ambiente de trabalho organizado para garantir a distância de, no mínimo, dois metros entre os funcionários, e entre estes e clientes, (salvo para aqueles em que a natureza da atividade exigir maior proximidade);

i) Lavar frequentemente minhas mãos com água e sabão líquido, conforme recomendam os órgãos sanitários;

j) Utilizar álcool etílico em gel hidratado 70% (setenta por cento) para higienização de suas mãos quando não possível a utilização de água e sabão;

k) Orientar os clientes a correta forma de se higienizar e manter o distanciamento seguro;

l) Higienizar o ambiente e equipamentos de trabalho após cada atendimento;

m) Promover a intensificação da circulação de ar natural, mantendo portas e janelas abertas;

n) Cumprir e fazer cumprir as normas de segurança no trabalho da empresa;

o) Informar imediatamente à empresa se eu ou algum dos meus familiares que moram comigo passar a demonstrar sintomas da COVID-19;

p) Mesmo fora do ambiente de trabalho, adotar todos os procedimentos profiláticos necessários e recomendados pelas autoridades públicas, em especial:

p.1) quando fizer uso de transportes coletivos; p.2) evitar ambientes de grande fluxo de pessoas e aglomerações; p.3) evitar frequentar e realizar reuniões, festas, comemorações, etc.

E desta forma, declaro que aceito, sem reservas, a retomada imediata de minhas atividades laborais regulares e ainda, tendo em vista a segurança e saúde individual e coletiva, assumo as obrigações e os deveres acima descritos.

Por ser verdade, firmo a presente para os legais e jurídicos efeitos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

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

Nome do(a) Colaborador(a)

Testemunhas:

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

Nome: CPF:

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

Nome: CPF: