

FORMULÁRIO PARA TRAMITAÇÃO DE PLANOS DE CONTINGÊNCIA CONTRA A COVID-19

<p>1. Identificação do Proponente</p> <p>1.1. Centro, Departamento ou Unidade Administrativa</p> <input type="text"/>
<p>1.2. Nome do responsável pelo plano de contingência</p> <input type="text"/>
<p>2. Contatos de Referência</p> <p>2.1. Nome</p> <input type="text"/>
<p>2.2. Telefone</p> <input type="text"/>
<p>2.3. E-mail</p> <input type="text"/>
<p>2.4. Cargo</p> <input type="text"/>
<p>2.5. Nome</p> <input type="text"/>
<p>2.6. Telefone</p> <input type="text"/>
<p>2.7. E-mail</p> <input type="text"/>
<p>2.8. Cargo</p> <input type="text"/>
<p>3. A atividade relativa ao Plano de Contingências é prioritariamente:</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ação prática de atenção à saúde, vigilância em saúde ou investigação científica voltada à desrepressão de respectivas demandas no sistema de saúde ou combate efetivo à pandemia da Covid 19 e suas consequências imediatas;</p> <p><input type="checkbox"/> 2. apoio operacional suplementar indispensável à plena execução das ações previstas no item 1 acima;</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ações de interesse e proteção social, científico ou de manutenção estrutural e operacional cuja não realização ofereça prejuízo social, ou institucional de maior gravidade, potencialmente irreparável.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. ações práticas de investigação científica destinadas à manutenção de equipamentos, produção e manutenção de células, organismos vivos e demais materiais biológicos de rotina de criopreservação, cuja perda seja irreparável;</p> <p><input type="checkbox"/> 5. ações de manutenção estrutural e operacional necessárias ao atendimento do item 4 acima;</p> <p><input type="checkbox"/> 6. ações administrativas que não possam ser realizadas remotamente, cuja não realização causam perdas e danos ao funcionamento básico da Universidade;</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Outras <input type="text"/></p>

4.1. Título da Atividade

4.2. Descrição da Atividade

4.3. Objetivos ou finalidade da Atividade

4.4. Local onde funcionará a atividade

4.5. Horário de funcionamento da atividade

4.6. Período previsto para a duração da atividade

Contínuo

Intermitente

De a

4.7. Descreva a frequência semanal da atividade

4.8. Número de pessoas envolvidas presencialmente simultaneamente na atividade:

4.9. Estimativa de público envolvida por período

4.10. Idade da pessoa mais velha a atuar presencialmente na atividade

5. Alguma pessoa que atuará presencialmente tem alguma das condições abaixo ou reside com alguém com uma destas condições?

- Idade maior que 59 anos
- Diabetes
- Doenças cardíacas crônicas
- Doenças pulmonares crônicas
- Doenças crônicas dos rins em estágio que precisam de hemodiálise
- Deficiência imunológica ou uso de algum medicamento que prejudica a imunidade
- Doença cromossômica com estado de fragilidade imunológica
- Gestante
- Doença do fígado em estágio avançado
- Obesidade grau II ou mais (Índice de Massa Corporal ≥ 35)

6. Registre o número de pessoas que utilizarão cada um dos meios de transporte listados abaixo

Condução particular em que viaja sozinho	<input type="text"/>
Condução particular compartilhada	<input type="text"/>
Virá sozinho a pé para a atividade	<input type="text"/>
Virá acompanhado a pé para a atividade	<input type="text"/>
Transporte coletivo, público ou privado	<input type="text"/>

7. Descreva o protocolo de cuidados individuais que será exigido das pessoas que atuarão presencialmente na atividade, considerando as orientações do Manual para preenchimento do formulário para tramitação de planos de contingência contra a Covid-19.

8. Descreva o protocolo de cuidados coletivos que será exigido das pessoas que atuarão presencialmente na atividade, considerando as orientações do Manual para preenchimento do formulário para tramitação de planos de contingência contra a Covid-19.

9. Descreva

9.1. o modo como as exigências descritas no campos 7 e 8 acima serão monitoradas

9.2. as medidas previstas em caso de não cumprimento das exigências

9.3. como as ocorrências serão notificadas e registradas

10. Como será o fluxo de pessoas no local da atividade?

10.1. De entrada e de saída

10.2. De circulação nos corredores

10.3. De uso de banheiros, bebedouros e congêneres

10.4. De alimentação no ambiente

10.5. De ocupação do espaço de trabalho

10.6. De distanciamento físico entre as pessoas

10.7. Do quantitativo de pessoas por m²

11. Como será organizado o ambiente e a atividade em termos de:

11.1. Ventilação e circulação de ar

11.2. Acesso e disponibilização de insumos para higienização pessoal, de equipamentos e ambiental

11.3. Rotinas para higienização pessoal, de equipamentos e ambiental

11.4. Disponibilização de resíduos

11.5. Acesso e disponibilização de equipamentos de proteção individual

11.6. Rotinas para uso de equipamentos de proteção individual

11.7. Interação e comunicação entre as pessoas

11.8. Escalas, revezamentos e ocupação dos espaços pelas pessoas que atuarão presencialmente

11.9. Uso e tratamento de equipamentos, artigos e materiais de uso pessoal ou individual

11.10. Uso e tratamento de equipamentos e materiais de uso coletivo

12. Descreva qual o fluxo proposto pela unidade para organizar as informações e reportar casos/suspeitos:

12.1. Esteja ou tenha estado com sintoma respiratório nos últimos 14 dias

12.2. Tenha tido contato com portador de sintoma respiratório nos últimos 14 dias

12.3. Organização de um banco de dados de contatos dos participantes da atividade

13. Descreva como garantir a participação das pessoas que atuarão presencialmente na atividade, em capacitações específicas na implementação do Plano de Contingências proposto

14. Descreva, se houver, medidas de contingências específicas relacionadas a atividades extraordinárias aos padrões gerais.

15. Outras informações pertinentes

Declaração de ciência: Declaro para os devidos fins que as afirmações são verdadeiras