

**URI**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA  
DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES**TERMO DE DECLARAÇÃO E RESPONSABILIDADE - RETORNO ÀS AULAS**

Pelo presente, eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_, residente no endereço \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_/RS, CEP \_\_\_\_\_, na qualidade de Aluno do Curso de \_\_\_\_\_ da URI Santiago, estou ciente do retorno das atividades presenciais desta instituição e declaro que:

(  ) vou participar das atividades/aulas presenciais, e, ainda me responsabilizo por cumprir todas as regras e medidas sanitárias de prevenção, estabelecidas pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus Santiago, Município, Estado do Rio Grande do Sul e Ministério da Saúde.

(  ) que não vou participar das atividades/aulas presenciais, e, ainda, me responsabilizo pelo fiel cumprimento das atividades remotas dispensadas, dentro do prazo estabelecido para entrega.

1. O (a) estudante pertence ao grupo de risco? (  ) Sim (  ) Não  
Caso positivo, (marque a letra correspondente ao grupo).

- a) Doença cardíaca congênita;
- b) Insuficiência cardíaca mal controlada e refratária;
- c) Doença cardíaca isquêmica descompensada;
- d) Doenças respiratórias crônicas:
- e) DPOC e Asma controlados;
- f) Doenças pulmonares intersticiais com complicações;
- g) Fibrose cística com infecções recorrentes;
- h) Doenças renais crônicas, em estágio avançado (Graus 3,4 e 5);
- i) Pacientes em diálise;
- j) Imunossupressor;
- k) Transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea;
- l) Imunossupressão por doenças e/ou medicamentos (em vigência de quimioterapia/radioterapia, entre outros medicamentos);
- m) Portadores de doenças cromossômicas e com estado de fragilidade imunológica;
- n) Diabetes;
- o) Gestantes sintomáticas com suspeita de Síndrome Gripal COVID-19.
- p) Idade acima dos 60(sessenta) anos.

(  ) **Apresenta sintomas gripais** (quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse ou dor de garganta, ou coriza ou dificuldade respiratória);



**URI** | UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA  
DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES

( ) Tem contato direto com familiar que residam no mesmo domicílio e que se enquadram em um dos casos acima. Cite o grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Marque a letra correspondente ao grupo de risco acima ( ).

E, por ser esta a expressão da verdade firmo a presente **DECLARAÇÃO** em **02 (duas) vias de igual teor e forma**, ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em lei.

Santiago, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

(\*Assinatura ítem obrigatório neste documento)