

## 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 18.592 de 20 de abril de 2020 e das recomendações e deliberações do Núcleo Estratégico do Comitê Municipal de Enfrentamento ao COVID-19, que resultou no Termo de Reconhecimento Compartilhado de Responsabilidade assinado pelo EMPREGADOR juntamente com o Ministério Público do Estado de Minas Gerais, Ministério Público Federal e Ministério Público do Trabalho, documento do qual tive acesso ao conteúdo;
- 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.

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

---

Nome do(a) Colaborador(a)

Testemunhas:

---

Nome:

CPF:

---

Nome:

CPF: