



ESTORIL SOL

Declaração Responsável de Saúde / COVID-19

Nome _____ Nr de contacto _____

Empresa _____ Função _____

Responda a todas as quatro perguntas pela ordem apresentada, Assine e date o Documento.

1. Esteve em isolamento por infecção pela COVID-19 Não Sim
2. Esteve em quarentena por ter contactado infectado com COVID-19 Não Sim
3. Nos últimos 14 dias ocorreram algumas das seguintes situações?
 - Mal-estar geral, dores no corpo, temperatura $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ Não Sim
 - Tosse, dificuldade respiratória, perda de cheiro ou sabor Não Sim
 - Náuseas, vómitos e diarreia Não Sim
 - Contactou pessoa infectada com COVID-19? Não Sim
 - Contactou pessoa que vive ou cuida de pessoa infectada por COVID-19? Não Sim

O presente documento encontra-se ao abrigo de sigilo médico e do regulamento geral de proteção de dados

Consentimento Informado

Eu, _____, na sequência do preenchimento do documento “declarações responsáveis de saúde dou o meu consentimento informando para que o mesmo seja avaliado pelos médicos da Estoril Sol III, S.A. e desde já me comprometo a aceitar as indicações que por eles possam vir a ser emitidas;

Declaro também, que me foi dada informação sobre o plano de contingência de eventos, cujas indicações devo rigorosamente cumprir.

Comprometo-me, desde já a aceitar as recomendações e chamadas de atenção feitas pelos colaboradores da Estoril Sol III, S.A. sempre que as normas indicadas não estejam a ser estritamente cumpridas.

Aceitarei outros esclarecimentos e acatarei prontamente as intervenções dos colaboradores da Estoril Sol que se enquadrem neste plano de contingência e/ou na prevenção de situações por aqueles considerados de risco.

Por ser verdade, passo a assinar

Aos _____ de _____ de 2020
