**TERMO DE RESPONSABILIDADE: SAÍDAS OU VISITAS DEZEMBRO DE 2021**

A pessoa de referência informa que recebeu as orientações prévias para realizar a saída ou visita ao residente (ambos abaixo identificados) e que está ciente da responsabilidade por seus atos durante este período, assumindo a responsabilidade de cumprir com os protocolos informados pela instituição, durante todo o período da saída ou visita, inclusive no período que antecede e sucede a essas.

A pessoa de referência está ciente:

1. (visitante) Que no momento da chegada à ILPI, antes do seu ingresso na instituição terá sua temperatura aferida e responderá o questionário de triagem ativa e deve estar portando os EPI e os equipamentos necessários e receber orientação para corretas paramentação e desparamentação dos mesmos para diminuição de riscos de contágio;
2. (residente) Que não poderá realizar a saída caso apresente sintomas compatíveis com os da COVID 19;
3. (residente e seu familiar ou acompanhante) Que deverá durante todo o período que estiver fora da instituição, se responsabilizar por seguir todos os protocolos de prevenção de contágio: a pessoa idosa e a pessoa com deficiência, sempre que possível, deve usar máscaras, não frequentar ambientes aglomerados, evitar realizar refeições em ambientes públicos etc.;
4. (visitante e residentes) Que é de sua responsabilidade o cumprimento das medidas prévias e durante a visita externa para diminuir ao máximo o risco de contágio dos residentes da instituição.
5. (visitante) É expressamente proibido ao visitante entrar em contato, ir ao quarto etc. de qualquer outro residente da instituição ou se dirigir a qualquer outro ambiente que não o determinado pela instituição.
6. (residente) Ao retornar do período ausente da instituição, o (a) residente deverá permanecer em isolamento de precaução caso não tenha realizado teste, devendo realizá-lo imediatamente; sairá do isolamento ao receber o resultado negativo ou permanecerá, caso o resultado seja positivo e
7. (visitante e residente) Informar imediatamente à instituição em caso de surgimento de qualquer sintoma compatível com os sintomas da COVID 19.

A instituição informa que repassou todas as orientações de segurança com relação às medidas de prevenção e que o controle diário de rotina dos residentes e funcionários é mantido com rigor, conforme as orientações das autoridades sanitárias e da equipe de cuidado da instituição.

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Residente |  |
| Nome da Pessoa de Referência/Visitante |  |
| CPF | RG |

Rio de Janeiro, de de 2021

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

Assinatura do Residente

(quando possível e cabível)

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

Assinatura da Pessoa de Referência/Visitante

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

Assinatura da Instituição