****

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS E COMUNITÁRIOS**

**COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA COMUNITÁRIA**

*Campus* Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Bloco 6,

Teresina, Piauí, Brasil; CEP 64.049-550

Telefone: (86) 3215-5640; Fax (86) 3215-5643.

www.ufpi.br/praec

 **ANEXO XIII**

**TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA PARA INGRESSO NAS**

**RESIDÊNCIAS UNIVERSITÁRIAS**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nascido/a em\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Natural de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identidade Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão Expedidor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residindo à Rua:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone (s):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E- mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo Sanguíneo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fator RH: \_\_\_\_\_\_\_\_ Estudante do curso de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matrícula nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Beneficiado/a com a Residência Estudantil – REU, declaro ter ciência e concordar com as condicionalidades e normas elencadas a seguir:

 Declaro que opto pelo ingresso nas dependências da Residência Universitária, devido (expor os motivos pelos quais necessita do benefício).

 Declaro estar ciente e concordar com todos os protocolos de biossegurança obrigatórios para residir em moradia coletiva.

 Declaro estar ciente e concordar com a obrigatoriedade do cumprimento de todos os protocolos de biossegurança para residir em moradia coletiva e que o descumprimento resultará em desligamento automático do benefício.

 Declaro que tomei as doses obrigatórias da vacina contra a COVID 19

 Declaro que forneci todas as informações relacionadas à minha saúde e a medicamentos que esteja consumindo questionário.

 Declaro estar ciente e concordar que estou assumindo todos os riscos relacionados à saúde ao retornar para a residência.

 Declaro estar ciente e concordar que sou responsável por administrar meu autocuidado e não negligenciar minha saúde, conforme Edital e Regimento das Residências Universitárias.

 Declaro estar ciente e concordar que é responsabilidade da minha família o acompanhamento de minha situação de saúde física e mental, conforme Edital e Regimento das Residências Universitárias.

 Declaro estar ciente e concordar que minha família deve comparecer para atender as necessidades de saúde e em quaisquer outras situações emergências ou se convocados pela PRAEC/NAEs.

 Declaro estar ciente e concordar que o ingresso é de comum acordo entre as partes (estudante e instituição).

 Declaro estar ciente e concordar que em caso de urgência devo entrar em contato com algum familiar/ responsável, sendo imprescindível a necessidade da presença de um acompanhante em casos de emergência e/ou internação hospitalar. Para casos de urgência informo os seguintes contatos:

1. Nome:

Telefone/*WhatsApp*:

Grau de parentesco/afinidade:

2. Nome:

Telefone/*WhatsApp*:

Grau de parentesco/afinidade:

3. Nome:

Telefone/*WhatsApp*:

Grau de parentesco/afinidade:

4. Nome:

Telefone/*WhatsApp*:

Grau de parentesco/afinidade:

**OBS:** Será obrigatório informar 02 (dois) contatos para emergência, que residam na cidade de Picos (desde que não sejam beneficiários da Residência Universitária) e 02 (dois) contatos para emergência da cidade de origem em que reside o núcleo familiar do/a residente.

**QUESTIONÁRIO PARA INFORMAÇÕES DE SAÚDE DO RESIDENTE**

1 - Você possui doença crônica e/ou deficiência física e/ou mental, que necessitem de tratamento?

( ) SIM ( ) NÃO. Se sim, descreva o que é tratado? Como é tratado?

2 - Você utiliza alguma medicação de uso contínuo?

( ) SIM ( ) NÃO Se sim, qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 - A medicação é conseguida pela rede pública?

( ) SIM ( ) NÃO Se não, qual o valor médio mensal gasto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4 - Você é alérgico a algum tipo de medicamento ou substância?

( ) SIM ( ) NÃO. Se sim, qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5 - Nos últimos dois anos, testou positivo para a COVID 19 ?

( ) SIM ( ) NÃO. Se sim, apresenta alguma sequela em razão da contaminação?\_\_\_\_\_\_\_\_

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

6 - Você já tomou a vacina contra a COVID-19? ( ) SIM ( ) NÃO

Se sim, quantas doses? Em quais datas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura do/a estudante (por extenso)

Data:\_\_\_\_/ \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_