

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE ODONTOLOGIA

**Declaração**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, acadêmico do Curso de Odontologia, matrícula número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, exercendo meu livre e esclarecido direito de escolha, e conhecedor dos riscos inerentes às minhas atividades no estágio curricular supervisionado especialmente pelo atual período de pandemia da COVID-19, declaro seguir as orientações presentes no Manual de Biossegurança da Comissão de Biossegurança do Curso de Odontologia da UFSM para o retorno das atividades do Estágio em Serviços Públicos de Saúde III, visando o cuidado com o meu próprio bem-estar e das pessoas que residem comigo, bem como da Equipe de Saúde Bucal, dos profissionais da Unidade de Saúde ou Clínica/Consultório Odontológico em que estagio, dos demais servidores do local de estágio, bem como dos pacientes que eu atender/ observar atendimento e de suas famílias.

A Comissão de Biossegurança do Curso de Odontologia (CBO) da UFSM desenvolveu novo Manual de Biossegurança, atualizando as medidas de biossegurança em decorrência da pandemia pelo vírus SARS-CoV-2, que causa a COVID-19 ou doença do novo coronavírus. O Manual apresenta as recomendações da CBO para o Curso de Odontologia da UFSM, para nortear os atendimentos clínicos e demais atividades de ensino. Essas recomendações são fundamentais para o retorno dos alunos da UFSM aos Estágios em Serviços Públicos de Saúde III, visando evitar o risco de contaminação. Assim, os alunos que pretendem o retorno aos campos de estágio devem se responsabilizar pela aquisição e uso dos EPIs segundo orientações da CBO, bem como atentar aos cuidados propostos. Orientamos a consulta ao Manual de Biossegurança publicado em 08 de julho de 2020 pela CBO, ou versão atualizada.

Santa Maria \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_\_.

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

Assinatura

Nome:

CPF: