



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AOS REQUISITOS PARA REDUZIR O RISCO DE CONTÁGIO DO CORONAVÍRUS (COVID-19) NA UNIDADE DE PRODUÇÃO

Unidade de Produção:	CNPJ/CPF:
Proprietário:	
Endereço:	Telefone:
Profissional designado para repassar as orientações:	

A unidade de produção suinícola, por meio do seu Responsável Técnico retro identificado, declara, para os devidos fins e efeitos legais, que realizou o atendimento aos requisitos para mitigação dos riscos de infecção provocados pelo novo Coronavírus (COVID-19), por meio da adoção do programa para conscientização, capacitação e responsabilidade de nossos colaboradores, em conformidade com as orientações vigentes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Dessa forma, para a correta execução do programa, foram prestadas as ações no ambiente de trabalho para atender os requisitos abaixo relacionados:

- o Desenvolvimento de material para conscientização dos colaboradores;
- o Realização dos treinamentos e/ou instruções individuais para capacitar os colaboradores quanto a mudança de hábitos para evitar o contágio e disseminação da doença;
- o Monitoramento diário da temperatura corporal dos colaboradores e de sinais suspeitos da doença, com afastamento de possíveis casos;
- o Fornecimento de equipamentos para proteção individual (EPI) necessários, tais como máscaras, roupas, calçados, desinfetantes e produtos para lavagem e desinfecção das mãos;
- o Adoção de medidas no ambiente de trabalho, como evitar aglomerações, reuniões, manter distanciamento (mínimo 1 metro), redução de visitas externas, manutenção das atividades mínimas, aplicação dos cuidados referentes a refeitórios, horários de refeição e descanso, desinfecção das áreas em comuns (vestiário, refeitório, corredores, banheiros e outros).
- o Redução do número de pessoas por turno, evitando encontro e aglomerações dos grupos;

ANEXO 1

Dessa forma, os colaboradores que aqui assinam, assumem a responsabilidade pela veracidade das informações prestadas, estando ciente da responsabilidade individual e coletiva para manter o status de saúde no ambiente laboral.

NOME DO COLABORADOR	DATA	ASSINATURA

Assumimos a responsabilidades pela veracidade das informações aqui prestadas, e estamos cientes de que, a qualquer momento, poderemos ser auditados pela autoridade competente.

Local _____ de _____ de _____.

Carimbo de identificação da empresa	Identificação e assinatura do proprietário da unidade de produção	Identificação e assinatura do profissional designado para repassar as orientações
	Nome completo: _____ _____ CPF: _____ Identificação pessoal: _____ _____ Assinatura	Nome completo: _____ _____ CPF: _____ Identificação pessoal: _____ _____ Assinatura
	Nome completo: _____ _____ CPF: _____ Identificação pessoal: _____ _____ Assinatura	Nome completo: _____ _____ CPF: _____ Identificação pessoal: _____ _____ Assinatura
	Nome completo: _____ _____ CPF: _____ Identificação pessoal: _____ _____ Assinatura	Nome completo: _____ _____ CPF: _____ Identificação pessoal: _____ _____ Assinatura