

*TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
TESTE CORONAVÍRUS (COVID-19) AG (ANTÍGENO)  
TESTE RÁPIDO PANBIO E LIBERAÇÃO DE  
RESULTADO PARA O CURSO O QUAL ESTOU  
MATRICULADO NA UNIFENAS.*

Eu, \_\_\_\_\_ ,  
(nome completo e legível) matrícula número \_\_\_\_\_  
período \_\_\_\_\_, curso de \_\_\_\_\_ por este termo, declaro que  
estou ciente e autorizo a coleta de material biológico para o exame que objetiva testar a  
presença do Antígeno Coronavírus (COVID-19), para fins de retomada de atividades  
acadêmicas presenciais do curso de graduação o qual estou matriculado na UNIFENAS,  
câmpus de Alfenas, em consonância com as determinações legais, bem como que poderá  
haver reconvocação para a realização de uma segunda coleta de amostra biológica, posto  
que, pode, eventualmente levar a um resultado inconclusivo do exame e/ou exigir uma  
nova coleta de material, se aplicável.

Declaro ainda, que me foi explicada a necessidade da realização do exame e que é  
condição *sine qua non* para o meu retorno às atividades práticas desde que o resultado  
seja analisado e considerado apto ao retorno.

Declaro estar de acordo com a liberação dos resultados à Coordenação do Curso e  
Diretoria de Graduação da UNIFENAS, bem como, que tenho ciência, em caso de  
positividade será comunicada à Vigilância Sanitária do Município de Alfenas para que  
sejam iniciadas as medidas preventivas de contágio conforme protocolos do Município.

Declaro, ao assinar este termo de consentimento que tive a oportunidade de ler o seu  
conteúdo e esclarecer eventuais dúvidas, tendo compreendido as respostas recebidas.  
Adicionalmente, tenho conhecimento de que o resultado será apenas informado e de que  
o teste é com finalidade exclusiva de garantir com segurança o meu retorno e de outros  
às atividades presenciais.

Por fim, declaro estar de pleno acordo para a realização do exame solicitado e quanto a  
utilização de seus resultados para a autorização do retorno às atividades presenciais no  
cronograma acadêmico de retomada o qual estou ciente.

Alfenas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Nome do paciente (Aluno):

\_\_\_\_\_

RG ou número de matrícula: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável (se for o caso):

\_\_\_\_\_