

PORTARIA Nº 26, de 24 de Setembro de 2021  
Direção do IMESA

**Normatiza os procedimentos  
para registro de ocorrências de  
COVID no SIMED**

Gerson José Beneli, Diretor do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis (IMESA), no uso de suas atribuições legais e regimentais, e considerando:

- I. O Decreto nº 65.384, de 17 de dezembro de 2020, do Governo do Estado de São Paulo, que "dispõe sobre a retomada das aulas e atividades presenciais no contexto da pandemia de COVID-19, institui o Sistema de Informação e Monitoramento da Educação para COVID-19 e dá providências correlatas";
- II. A Portaria CEE 194/2021, que "fixa normas para a Instituição e uso do Sistema de Informação e Monitoramento da Educação para Covid-19 – SIMED, nos termos do Decreto 65.384, de 17 de dezembro de 2020.
- III. O Comunicado da Presidência do CEE, de 14/09/2021, publicado no DOE 15/09/2021, Poder Executivo, Seção I, pág. 43, que convoca os representantes de todas as Instituições de Ensino Superior (IES), vinculadas ao Sistema de Ensino do Estado de São Paulo, para participarem da apresentação do SIMED da Educação Superior, realizada virtualmente, no dia 20/09/2021, por representantes da Secretaria de Estado da Educação de São Paulo e Conselho Estadual de Educação de São Paulo.

RESOLVE:

Artigo 1º - Os coordenadores deverão, obrigatoriamente, encaminhar à Secretaria do IMESA, através do email [imesa@fema.edu.br](mailto:imesa@fema.edu.br), as informações de alunos e professores do Curso com suspeita ou confirmação de COVID-19, tão logo tenham conhecimento do fato.

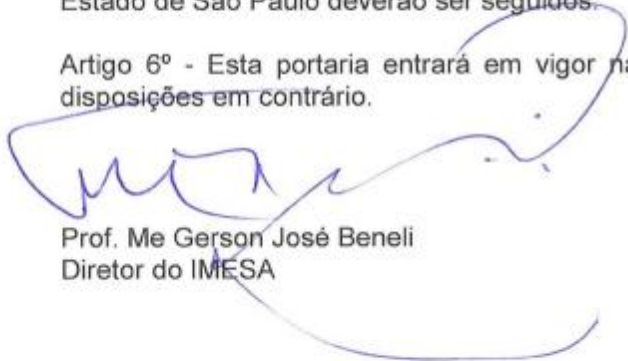
Artigo 2º - As informações a serem encaminhadas são as constantes no formulário anexo a esta Portaria.

Artigo 3º - Deverão ser considerados, para efeito do artigo 1º, apenas os alunos e professores dos cursos que estejam com atividades presenciais de qualquer natureza.

Artigo 4º - Deverão ser reportados os casos/suspeitas, a partir do dia 21/09/2021, devendo ser desconsiderados os casos/suspeitas anteriores a essa data.

Artigo 5º - Todos os protocolos sanitários para a Educação, instituídos pelo Governo do Estado de São Paulo deverão ser seguidos.

Artigo 6º - Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.



Prof. Me Gerson José Beneli  
Diretor do IMESA

**CADASTRO - SIMED****DADOS PESSOAIS DO(A) ALUNO(A)/PROFESSOR(A)**

Nome:		
RG:	CPF:	Data de Nascimento: ___/___/___
Sexo:	Raça/Cor:	
Curso:		
Endereço:		
Número:	Complemento:	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Outro Responsável:		
Telefone 1:	Telefone 2:	
E-mail:		

**CHECKLIST DE SINTOMAS**

Teve Sintomas? ( ) SIM ( ) NÃO
Data do primeiro sintoma: ___/___/___
Data da última vez em que esteve neste local de trabalho/estudo? ___/___/___
Apresentou algum dos seguintes sintomas/sinais abaixo? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO - Falta de ar <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO - Febre <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO - Calafrios <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO - Tosse <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO - Dor de garganta <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO - Dor de cabeça <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO - Dor no corpo <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO - Perda de olfato e/ou paladar <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO - Diarreia (por motivo desconhecido)
Possui algumas das condições listadas: <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas <input type="checkbox"/> Imunodeficiência <input type="checkbox"/> Hipertensão e/ou outras doenças cardiovasculares crônicas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Obesidade
Teve contato próximo com alguma pessoa testada positivo para COVID-19 nos últimos 14 dias? ( ) SIM ( ) NÃO
Esse contato foi na escola? ( ) SIM ( ) NÃO
Data que teve contato dentro da escola/trabalho com alguém testado positivo para COVID-19: ___/___/___
Suas atividades tem sido realizadas de forma presencial na escola/local de trabalho? ( ) SIM ( ) NÃO

**CONCLUSÃO**

Notificado em: ___/___/___	
Em isolamento domiciliar? ( ) SIM ( ) NÃO	Data do início do isolamento: ___/___/___
Teste para COVID-19:	
( ) Realizado	Tipo de Exame: ( ) RT PCR ( ) Sorológico ( ) Teste rápido ( ) Teste de Antígeno Data da coleta do exame: ___/___/___ Resultado: ( ) Positivo/reagente ( ) Negativo/não reagente ( ) Inconclusivo *Enviar exame caso tenha sido feito
( ) Não Realizado	Motivo <input type="checkbox"/> Ausência de testes ( ) Ausência de Sintomas de COVID-19 ( ) Diagnostico de outra patologia
Atestado médico? ( ) SIM ( ) NÃO	
Período do Afastamento - conforme atestado médico: ___/___/___ à ___/___/___	

Outras informações: