



**RIDE** Rhode Island  
Department  
of Education



## Atestado de Regresso Pós-doença

*Este atestado pode ser preenchido por um pai / responsável ou um funcionário. Não precisa de ser preenchido por um profissional de saúde.*

Nome do aluno/funcionário: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Número de telefone: \_\_\_\_\_

Nome da escola/programa: \_\_\_\_\_

Datas das ausências: \_\_\_\_\_

Indique todos os sintomas que a pessoa teve:

<input type="checkbox"/>	Sintomas	Deve ser Testado para COVID-19*
<input type="checkbox"/>	Tosse	Sim
<input type="checkbox"/>	Falta de ar ou dificuldade em respirar	Sim
<input type="checkbox"/>	Perda de paladar	Sim
<input type="checkbox"/>	Perda de olfato	Sim
<input type="checkbox"/>	Febre (temperatura superior a 100.4° ou sentia-se febril ao toque)	Sim, se apresentar dois ou mais desses sintomas  Não, se só apresentar um dos sintomas
<input type="checkbox"/>	Arrepios	
<input type="checkbox"/>	Dores musculares ou no corpo	
<input type="checkbox"/>	Dor de cabeça	
<input type="checkbox"/>	Dor de garganta	
<input type="checkbox"/>	Cansaço	
<input type="checkbox"/>	Congestão ou pingo nasal	
<input type="checkbox"/>	Náuseas ou vômitos	
<input type="checkbox"/>	Diarreia	

\* Se o teste for negativo, a pessoa pode voltar ao trabalho / escola / creche quando não apresentar febre há, pelo menos, 24 horas, sem uso de medicação para baixar a febre e os sintomas tiverem melhorado (de volta à saúde normal). Se o teste for positivo, a pessoa deve seguir as instruções de isolamento do RIDOH.

Data do início dos sintomas: \_\_\_\_\_

Data do fim dos sintomas: \_\_\_\_\_

O aluno/funcionário fez um teste à COVID-19 durante a sua ausência?

Não; Se não, qual o motivo: \_\_\_\_\_

Sim; Data do teste: \_\_\_\_\_

Resultado do teste: \_\_\_\_\_

Local do teste: \_\_\_\_\_

Data de fim do isolamento (se o teste foi positivo): \_\_\_\_\_

Declaro que o aluno está em condições de regressar à escola e que:

Não teve febre (temperatura superior a 100.4°) nas últimas 24 horas

Não tomou nenhuma medicação para a febre nas últimas 24 horas

Os sintomas melhoraram e está de volta ao seu estado de saúde normal

Nome da pessoa que atesta: \_\_\_\_\_

(pai/mãe/responsável de um menor)

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_