PLANO DE EMERGÊNCIA PARA INFECÇÃO HUMANA COVID-19
E. ORLANDO ROOS COMÉRCIO DE CEREAIS LTDA.

Introdução

A E. Orlando Roos, através deste documento, informa quanto aos procedimentos para realização de protocolos para identificação e encaminhamento de profissionais com sintomas comuns à Covid-19, ora revisado após o recebimento da Recomendação 83.2021 do Ministério Público do Trabalho, ratificando todas orientações e procedimentos.

Objetivo

Determinar o fluxograma padrão de conduta em situações de atendimento a demandas decorrentes da Covid-19.

Responsabilidade

A revisão, execução, monitoramento e articulação organizacional deste Plano de Emergência é de responsabilidade da Alta Administração, do Comitê de Gestão de Crise e do Médico do Trabalho Dr. Luiz Alberto Hartmann.

PLANO DE EMERGÊNCIA

1. Grupos de risco

Desde que tomou conhecimento do estado de calamidade pública através do Decreto Estadual de nº 55.128, de 19 de março de 2020, a Empresa está avaliando o afastamento de suas atividades presenciais os colaboradores com idade igual ou superior a 60 anos, profissionais com comorbidades e gestantes, realizando acompanhamento periódico de todos os seus profissionais.

2. Controle de acesso

Aferição de temperatura dos profissionais, clientes, visitantes, fornecedores e terceirizados, sendo registrado em planilha (Apêndice I) caso a temperatura estiver igual ou maior a 37,5°.

Procedimento: Os que estiverem com temperatura acima de 37,5° deverão ser encaminhados imediatamente a Unidade Básica de Saúde, para orientações médicas e acompanhamento da evolução dos sintomas. Se for profissional, não poderá ingressar para realizar suas atividades até ser liberado pelo órgão de saúde do município e pelo Médico do Trabalho.

3. Síndrome Gripal (SG) e demais sintomas

Em caso de febre, tosse seca, dor de garganta ou outros sintomas gripais, o profissional deverá entrar em contato com a Unidade Básica de Saúde de seu município via telefone para buscar as orientações necessárias e comunicar a Empresa.

Todos os casos de **síndrome gripal** detectados através do Questionário Coronavírus (Apêndice II) deverão realizar isolamento domiciliar de acordo com as orientações médicas. A Empresa notificará esses casos ao órgão de saúde do município, caso ainda não o tenha sido feito.

4. Profissionais assintomáticos contactantes de casos confirmados ou suspeitos

Quando o profissional assintomático for contato de um caso confirmado ou suspeito, deverá informar o superior imediato para que o mesmo ou pessoa designada aplique o Questionário Coronavírus, que será remetido ao Comitê de Gestão de Crise.

Observação: Todos os Questionários passarão pela avaliação do Médico do Trabalho.

5. Viagens

Se recomenda que sejam evitados quaisquer tipos de viagem, mesmo que em período de férias, e que evitem ou adiem as viagens a serviço.

Viajante com Síndrome Gripal: Observar item 3. Síndrome Gripal (SG) e demais sintomas.

6. Manejo de suspeitos e confirmados

Os casos suspeitos e confirmados de Covid-19 entre os trabalhadores da E. Orlando Roos serão diagnosticados, tratados e notificados de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, além das orientações específicas de cada estado e município. Estas orientações são atualizadas constantemente e o documento mais recente, disponível em www.saude.gov.br, deverá ser consultado por todos os profissionais envolvidos.

Caso a Empresa venha a tomar conhecimento de algum profissional que tenha testado positivo para o Covid-19, imediatamente informará a Secretaria de Saúde do município e o Médico do Trabalho e seguirá com as recomendações provindas destas fontes.

Não-Me-Toque/RS, 10 de fevereiro de 2021.

Comitê de Gestão de Crise:

Claudiomir Afonso Spagnol
Gestor Jurídico

Djenifer Daiane Sensi
Gestora de Gestão de Pessoas

Jocemar Leandro Oliveira
Téc. de Segurança do Trabalho

Luiz Alberto Luft
Diretor Administrativo

Mateus Schneider
Gerente de Marketing

Maurício Wilsmann
Auditor Interno

Luiz Alberto Hartmann
Médico do Trabalho

Airton Gilmar Roos
Presidente Executivo

APÊNDICE I

CONTROLE DE MEDIÇÃO DE TEMPERATURA CORPORAL - Filial XX

IMPORTANTE: Acima de 37,5° C - Fazer observação enumerada.

Nome	Dias																			
	04/mai	05/mai	06/mai	07/mai	08/mai	11/mai	12/mai	13/mai	14/mai	15/mai	18/mai	19/mai	20/mai	21/mai	22/mai	25/mai	26/mai	27/mai	28/mai	29/mai

LEGENDA: Temperatura acima do normal

1-

2-

3-

APÊNDICE II

ROOS

QUESTIONÁRIO CORONAVÍRUS

Data: ____/____/____ Nome do Avaliador: _____

Filial: ☐ CA - ☐ F01 - ☐ F02 - ☐ F03 - ☐ F04 - ☐ F05 - ☐ F06 - ☐ F07 - ☐ F08 - ☐ F09 - ☐ F10 - ☐ F11 - ☐ F12 - ☐ F13

Colaborador:		Telefone:	
Endereço:			Cidade:
Setor:		Função:	
Observações:			

Apresentou sintomas respiratórios nos últimos 14 dias:			☐ Sim ☐ Não
Tem histórico de viagem a área com transmissão local nos últimos 14 dias:			
Teve algum contato próximo domiciliar com caso confirmado ou suspeito:			
Se sintomas respiratórios, qual a data dos primeiros sintomas:			/ /
Apresentou algum destes sintomas nos últimos 14 dias:			
Febre	☐ Sim ☐ Não	Calafrios	☐ Sim ☐ Não
Tosse	☐ Sim ☐ Não	Nariz trancado	☐ Sim ☐ Não
Dor de garganta	☐ Sim ☐ Não	Olhos vermelhos	☐ Sim ☐ Não
Dificuldade de respirar	☐ Sim ☐ Não	Dificuldade de engolir	☐ Sim ☐ Não
Dor articular/muscular	☐ Sim ☐ Não	Náusea/vômito	☐ Sim ☐ Não
Manchas roxas	☐ Sim ☐ Não	Manchas vermelhas	☐ Sim ☐ Não
Diarreia	☐ Sim ☐ Não	Dor de cabeça	☐ Sim ☐ Não
Falta de ar	☐ Sim ☐ Não	Coriza	☐ Sim ☐ Não
Irritabilidade/confusão	☐ Sim ☐ Não	Fraqueza	☐ Sim ☐ Não
Produção de escarro	☐ Sim ☐ Não	Outros	
Utilizou analgésico, antitérmico ou anti-inflamatório nos últimos 14 dias:			☐ Sim ☐ Não
Foi hospitalizado nos últimos 14 dias:			☐ Sim ☐ Não
Teve contato próximo com outras pessoas em áreas afetadas:			☐ Sim ☐ Não
Possui alguma doença prévia: Qual?			☐ Sim ☐ Não
Doença cardiovascular, incluindo hipertensão:			☐ Sim ☐ Não
Diabetes:			☐ Sim ☐ Não
Doença no fígado:			☐ Sim ☐ Não
Doença neurológica crônica ou neuromuscular:			☐ Sim ☐ Não
Doença nos rins:			☐ Sim ☐ Não
Doença pulmonar crônica:			☐ Sim ☐ Não
Câncer:			☐ Sim ☐ Não

Observações:

_____ Assinatura Avaliador	_____ Assinatura Colaborador	_____ Assinatura Gerente