



## Confederação Brasileira de Futsal

Fundada em 15 de junho de 1979

**FUTSAL - Esporte genuinamente brasileiro**

### XXIII TAÇA BRASIL DE CLUBES – SUB-15 MASCULINO

#### NOTA OFICIAL Nº 03/2021

##### Assunto: A. Baden Futsal Clube (SE)

A Confederação Brasileira de Futebol de Salão no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pelo Regulamento da competição vem por meio desta informar que:

**CONSIDERANDO** a Nota Oficial 01/20 da XXIII Taça Brasil Sub-15 Masculina na qual determinou a obrigatoriedade de testagem em todos os envolvidos no certame, com exames de RT-PCR ou teste rápido com pesquisa de antígeno (swab nasal) para Covid-19;

**CONSIDERANDO** a apresentação dos exames de RT-PCR da equipe Associação Baden Futsal Clube – SE, na qual em uma delegação de 18 (dezoito) membros que se deslocariam para a competição 14 (quatorze) membros testaram positivo para Covid-19;

**CONSIDERANDO** que a conduta frente a um teste RT-PCR positivo deve seguir as normas vigentes da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde;

**CONSIDERANDO** que a Taça Brasil Sub-15 Masculina será realizada de 17 a 23 de janeiro de 2021 na cidade de Recife (PE);

**CONSIDERANDO** que a equipe foi testada no dia 13/01/2021 pelo Laboratório Central de Saúde Pública do Estado de Sergipe;

#### **RESOLVE**

**RETIRAR** a equipe Associação Baden Futsal Clube – SE da competição em referência, tendo em vista a equipe não reunir condições sanitárias de participação no evento;

**INFORMAR** que a conduta médica aos casos positivados é de responsabilidade do departamento médico do clube;

**ESCLARECER** que os casos positivados deverão permanecer no mínimo 14 (quatorze) dias em isolamento respiratório, ainda que assintomáticos, e poderão ser liberados para retorno ao trabalho com atestado de liberação médica;

**CORROBORAR** que o isolamento dos indivíduos garantirá a proteção dos demais envolvidos, evitando um grupo maior de casos e prejudicando ainda mais o desempenho das atividades;

**RATIFICAR** que os casos isolados devem seguir as orientações do Ministério da Saúde e encaminhados a rede pública ou privada se houver necessidade, de acordo com a política de assistência à saúde de cada clube;

**DETERMINAR** que sejam informadas às autoridades sanitárias os casos positivos de Covid-19, por se tratar de doença de notificação compulsória (Formulário – Anexo 1).



# Confederação Brasileira de Futsal

Fundada em 15 de junho de 1979

**FUTSAL - Esporte genuinamente brasileiro**

FUTSAL

## ANEXO 1 - TERMO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Anexo 1. FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19

		Nº	
MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE			
<b>FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)</b>			
<b>Definição de caso:</b> Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza.			
Em crianças: considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.			
Em idosos: a febre pode estar ausente. Deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.			
UF: _____ Município de Notificação: _____			
IDENTIFICAÇÃO	Tem CPF? (Marcar X)	Estrangeiro: (Marcar X)	É profissional de saúde? (Marcar X)
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	CBO:	CPF: _____	
	CNS: _____		
	Nome Completo: _____		
	Nome Completo da Mãe: _____		
	Data de nascimento: _____	País de origem: _____	
	Sexo: (Marcar X)	Passaporte: _____	
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
	CEP: _____		
UF: _____ Município de Residência: _____			
Logradouro: _____	Número : _____		
Complemento: _____	Bairro: _____		
Telefone Celular: _____	Telefone do contato: _____		
Data da Notificação: _____			
Sintomas: (Marcar X)	Data do início dos sintomas: _____		
<input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Febre			
<input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Outros			
Condições: (Marcar X)			
<input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas			
<input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas			
<input type="checkbox"/> Diabetes			
<input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5)			
<input type="checkbox"/> Imunossupressão			
<input type="checkbox"/> Gestante de alto risco			
<input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica			
Estado do Teste: (Marcar X)	Data da Coleta do Teste:	Tipo de Teste: (Marcar X)	Resultado do teste: (Marcar X)
<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Concluído	_____	<input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo <input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno <input type="checkbox"/> RT - PCR	<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo
Classificação final: (Marcar X)	Evolução do caso: (Marcar X)		
<input type="checkbox"/> Confirmação laboratorial <input type="checkbox"/> Confirmação clínico epidemiológico <input type="checkbox"/> Descartado	<input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar	<input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Internado em UTI
Data de encerramento: _____			
Informações complementares e observações			
Observações Adicionais			
e-SUS VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA			
03/04/2020			

Obs.: Os campos Sintomas (outros) e Classificação final (Confirmação laboratorial, confirmação clínico epidemiológico e descartado) serão oportunamente implementados no e-SUS VE.



## Confederação Brasileira de Futsal

Fundada em 15 de junho de 1979

**FUTSAL - Esporte genuinamente brasileiro**

Dê-se ciência, publique-se e cumpra-se.

Fortaleza, 15 de janeiro de 2021.

Osmar Pereira de Matos  
Vice-Presidente de Competições

---

Av. Dom Luis, 880 - Edifício Top Center – Salas 305-306 – Meireles – Fortaleza – Ceará – Brasil – CEP: 60.160-196  
Tel. 55.85.3533.8300 – Site: [www.cbfs.com.br](http://www.cbfs.com.br) - Email: [cbfs@cbfs.com.br](mailto:cbfs@cbfs.com.br)



SECRETARIA ESPECIAL DO  
ESPORTE

MINISTÉRIO DA  
CIDADANIA

