

## AUTODECLARAÇÃO DE SERVIDOR - GRUPO DE RISCO - COVID-19

Eu, devidamente qualificado abaixo, na condição de servidor público estadual ou equivalente, declaro para os devidos fins que faço parte do grupo de risco à COVID-19, conforme abaixo informado, comprovado por Atestado/Relatório Médico e Exames Complementares em anexo.

Declaro, ainda, que estou ciente que a inveracidade das informações contidas neste documento, por mim firmado, constitui prática de infração disciplinar passível de punição na forma da lei.

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Órgão: \_\_\_\_\_

Lotação: \_\_\_\_\_

### **Declaro que possuo:**

1. Doença respiratória? sim ( ) não ( )
2. Doença crônica? sim ( ) não ( ) Quais: \_\_\_\_\_
3. Diabetes insulino dependente? sim ( ) não ( )
4. Insuficiência renal crônica? sim ( ) não ( )
5. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), enfisema pulmonar, asma moderada ou grave, tuberculose ativa ou seqüela pulmonar decorrente de tuberculose? sim ( ) não ( )
6. Doença cardíaca grave, insuficiência cardíaca e hipertensão arterial sistêmica severa? sim ( ) não ( )
7. Imunodepressão, salvo aqueles acometidos com doenças autoimunes sem uso de imunossuppressores? sim ( ) não ( )
8. Obesidade mórbida com IMC igual ou superior a 40? sim ( ) não ( )
9. Cirrose ou Insuficiência Hepática? sim ( ) não ( )
10. Doença falciforme, exceto traços da doença? sim ( ) não ( )
11. Está grávida? sim ( ) não ( )

Relatórios e/ou atestados médicos deverão estar acompanhados de exames complementares que comprovem as patologias/condições clínicas declaradas, para o pedido ser validado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor