

# ANEXO I

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

NOME		CARGO/FUNÇÃO
MATRÍCULA	CPF	LOTAÇÃO
<p>Declaro, em atendimento ao disposto no § 2º do art. 5º da Portaria nº 245, de 21 de setembro de 2020, que me encontro enquadrado na seguinte hipótese do grupo de risco da Covid-19:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> idade igual ou superior a 60 anos;</li><li><input type="checkbox"/> portador de doença cardíaca ou pulmonar, portador de doença tratada com medicamentos imunodepressores, quimioterápicos, diabético e transplantado;</li><li><input type="checkbox"/> gestante e lactante;</li><li><input type="checkbox"/> servidor que convive com pessoas que testaram positivo para COVID-19, ou com pessoas que estejam em quarentena por terem sido consideradas suspeitas de estarem acometidas pela COVID-19.</li></ul> <p>Diante disso, solicito minha inclusão na escala de teletrabalho deste órgão, a partir desta data, pelo período em que permanecer a emergência em saúde pública decorrente da Covid-19.</p> <p>Declaro que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em lei.</p>		
LOCAL		DATA
ASSINATURA DO REQUERENTE		
ASSINATURA CHEFE IMEDIATO		DATA DO RECEBIMENTO