

AUTODECLARAÇÃO – GRUPO DE RISCO COVID-19

Eu, _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____ não me enquadro nos grupos de risco para COVID-19, conforme “Recomendações de proteção à saúde do Ministério da Saúde, abaixo relacionadas:

- Trabalhadores imunodeprimidos ou com doenças crônicas graves:

- a. Imunossupressão associada a medicamentos como corticoide em uso prolongado, quimioterápicos e inibidores de TNF-alfa;
- b. Neoplasias;
- c. HIV/Aids;
- d. Doenças hematológicas graves, como anemia falciforme;
- e. Cardiopatias graves ou descompensadas, como insuficiência cardíaca, infarto, revascularização e arritmia;
- f. Pneumopatias graves ou descompensadas, com dependência de oxigênio, asma moderada ou grave, doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC e tuberculose;
- g. Transtornos neurológicos e de desenvolvimento que possam comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração, como lesão medular, acidente vascular encefálico (AVE) e doenças neuromusculares;
- h. Hepatopatias crônicas, como atresia biliar, hepatites crônicas e cirrose;
- i. Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
- j. Diabetes insulino-dependente.

- Gestantes ou lactantes de crianças até 1 (um) ano de idade*.

*** Fica na responsabilidade da contratada comunicar a Secretaria Municipal de Infraestrutura e Serviços Públicos sobre estado de gravidez a qualquer momento do contrato.**

Goiânia, ___ de _____ de _____.

Assinatura do Candidato

CPF: _____