



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPUÃ DO OESTE - RO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSAU

DECLARAÇÃO - GRUPO DE RISCO COVID-19

Eu, _____, inscrito(a) no CPF/MF nº _____, convocado(a) através do Edital nº _____ de _____ de _____ de 2020, publicada no Diário Oficial dos Municípios - AROM nº _____ de _____ de _____ de 2020, para assumir a função de _____, DECLARO que não faço parte do grupo de risco da doença COVID-19, não apresentando as comorbidades abaixo relacionadas:

I Doenças cardíacas crônicas:

- a) Doença cardíaca congênita;
- b) Insuficiência cardíaca mal controlada e refratária;
- c) Doença cardíaca isquêmica descompensada;

II Doenças respiratórias crônicas:

- a) DPOC e Asma controlados;
- b) Doenças pulmonares intersticiais com complicações;
- c) Fibrose cística com infecções recorrentes;
- d) Crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade;

III Doenças renais crônicas:

- a) Em estágio avançado (Graus 3,4 e 5);
- b) Pacientes em diálise;

IV Imunossupressos:

- a) Transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea;
- b) Imunossupressão por doenças e/ou medicamentos (em vigência de quimioterapia/radioterapia, entre outros medicamentos);
- c) Portadores de doenças cromossômicas e com estado de fragilidade imunológica;
- d) Diabetes;
- e) Gestantes sintomáticas com suspeita de Síndrome Gripal COVID-19;
- f) Teste de Gravidez – Exame Laboratorial.

Itapuã do Oeste, dede2020.

ASSINATURA DO CANDIDATO

CPF nº