**AUTODECLARAÇÃO PARA RETORNO AO TRABALHO PRESENCIAL**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, SIAPE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lotado(a) na Reitoria/Campus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, para fins específicos de atendimento ao disposto na Instrução Normativa nº 90, de 28 de setembro de 2021, que completei o ciclo vacinal de imunização contra a COVID-19, já transcorridos mais de trinta dias desta completa imunização. Declaro ainda que me enquadro nas hipóteses previstas no **Quadro 1** do Plano de Contingência para Prevenção, Monitoramento e Combate ao Novo Coronavírus – COVID19 do Instituto Federal Farroupilha ou tenho idade igual ou maior sessenta anos ou sou gestante/lactante, mas minha(s) doença(s)/condição(ões) clínica(s) apresenta(m)-se controlada(s) e estável(is), podendo retornar ao trabalho presencial. Declaro, por fim, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais, cíveis e administrativas previstas em Lei.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202 \_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do(a) servidor(a) |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Quadro 1.** Identificação das Categorias de Risco durante a pandemia de COVID-19

|  |  |
| --- | --- |
| **CATEGORIA DE RISCO** | **DOENÇA/CONDIÇÃO CLÍNICA** |
| Doença  respiratória  crônica | Asma em uso de corticoide inalatório ou  sistêmico (moderada ou grave)  Dependência de oxigênio por pneumopatias  Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)  Bronquiectasia  Fibrose cística  Doenças intersticiais do pulmão  Displasia broncopulmonar  Hipertensão arterial pulmonar |
| Doença cardíaca  crônica | Doença cardíaca congênita  Hipertensão arterial sistêmica  Doença cardíaca isquêmica (ex.:infartados e revascularizados)  Insuficiência cardíaca  Arritmias |
| Doença renal  crônica | Doença renal nos estágios 3, 4 e 5  Síndrome nefrótica  Paciente em diálise |
| Doença hepatica  crônica | Atresia biliar  Hepatites crônicas  Cirrose |
| Doença  neurológica  crônica | Condições em que a função respiratória pode  estar comprometida pela doença neurológica  Considerar as necessidades clínicas  individuais dos pacientes, incluindo: AVC,  paralisia cerebral, esclerose múltipla e  condições similares  Doenças hereditárias e degenerativas do  sistema nervoso ou muscular  Deficiência neurológica grave |
| Doenças hematológicas | Anemia falciforme e talassemia |
| Diabetes | Diabetes Mellitus tipo I e tipo II em uso de  Medicamentos |
| Imunossupressão e imunodepressão (atual) | Imunodeficiência congênita ou adquirida  Imunossupressão por doenças (ex.: neoplasia maligna, AIDS, etc) ou medicamentos, no momento atual |
| Obesidade | Índice de massa corpórea maior que 30kg/ m2 |
| Transplantados | Órgãos sólidos  Medula óssea |
| Portadores de  trissomias | Síndrome de Down  Síndrome de Klinefelter  Síndrome de Warkany  Outras com estado de fragilidade imunológica |
| Tabagistas | Uso de tabaco |
| *Fontes: Informe Técnico da Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza, Ministério da Saúde, 2020; Portaria Conjunta Nº 20, Ministério da Saúde/Ministério da Economia, 2020; Portaria Nº 2.789, Ministério da Saúde, 2020;* *Nota Informativa 30 COE/SES-RS, 2021; Instrução Normativa SGP/SEDGG/Ministério da Economia nº90, 2021.* | |