**AUTODECLARAÇÃO DE CONDIÇÃO NECESSÁRIA AO TRABALHO REMOTO**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,SIAPE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Cargo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,com exercício no Campus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, para fins específicos de atendimento ao disposto no **Plano de Contingência para Prevenção, Monitoramento e Combate ao Novo Coronavírus – COVID19 do Instituto Federal Farroupilha**, e enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública de importância internacional referente à doença, que não devo realizar trabalho presencial por me enquadrar em um ou mais grupos elencados abaixo, em razão de:

a) (   ) Ter idade igual ou maior a 60 anos.

b) (   ) Ter doença(s) crônica(s) ou grave(s) preexistente(s), ou imunodeficiência, constantes no **Quadro 1** (atentar para observação 5, em anexo).

c) (  ) Ser gestante com idade gestacional de \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_ dias e/ou data provável do parto em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, ou

(   ) Ser lactante, com data do parto ocorrido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Observação**: será considerado o período de amamentação exclusiva de 180 dias após o parto.

d) (   ) Ter filhos(as) ou ser responsável legal por pessoas em idade escolar ou inferior:

Nome(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e RG(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que necessitam de minha assistência por não haver nenhum outro adulto na residência, enquanto vigorar o ato normativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que suspendeu as atividades escolares ou em creche, por motivos de força maior relacionadas ao Coronavírus, de início em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, na escola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Pública/Privada), na Cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_\_\_.

Observação: O(a) servidor(a) com filho/dependente em idade escolar, matriculado em instituição que ainda não esteja oferecendo atividades presenciais ou adote sistema de rodízio de atividades presenciais, deve **anexar declaração da referida instituição, contendo nome do aluno, matrícula, turno de atividade e período em atividade remota.**

e) Ser considerado(a) caso suspeito/confirmado de COVID-19 se estiver sintomático/a leve e/ou apresentar teste positivo/reagente para COVID-19, que deve ser anexado.

Isto implicará em:

(  ) **Servidor com calendário vacinal completo/atualizado**: 07 dias de trabalho remoto a contar da data do início dos sintomas (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) ou a contar da data da testagem positiva (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_), se assintomático.

(  ) **Servidor com calendário vacinal incompleto ou não vacinado**: 10 dias de trabalho remoto a contar a contar da data do início dos sintomas (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) ou a contar da data da testagem positiva (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_), se assintomático.

Obs. 1: Caso o servidor esteja assintomático no 5º dia de isolamento ou sintomas respiratórios, febre ou uso de antitérmico há pelo menos 24 horas, poderão sair do isolamento **se apresentarem testagem negativa  realizada no 5º dia de afastamento.**

Obs. 2: Caso persistam os sintomas, o/a servidor/a deverá apresentar atestado médico para prorrogar seu afastamento na forma de Licença de Tratamento de Saúde - LTS, se for o caso.

Obs. 3: Poderão retornar ao trabalho presencial os servidores que **cumpriram o período de isolamento e estiverem assintomáticos há pelo menos 24 horas, sem febre e sem uso de antitérmicos.**

f) Ser considerado/a contactante de caso confirmado de COVID-19,  devendo **anexar confirmação laboratorial ou atestado médico** **do contato**, implicando em 07 dias em trabalho remoto, a contar da data da testagem (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) ou do atestado médico do contato (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_) - o que cronologicamente ocorrer primeiro.

Obs.1: Caso o servidor esteja assintomático no 5º dia de isolamento ou sintomas respiratórios, febre ou uso de antitérmico há pelo menos 24 horas, poderão sair do isolamento **se apresentarem testagem negativa realizada no 5º dia de afastamento.**

Obs.2: Caso o/a servidor/a apresente algum sintoma no final desse período, deve apresentar atestado médico  para prorrogar seu afastamento na forma de Licença de Tratamento de Saúde - LTS, se for o caso.

Orientações gerais:

1. Os testes a que se referem os itens “e” e “f” devem conter validação eletrônica e/ou identificação laboratorial/bioquímica.

1. **Em qualquer momento, o/a servidor/a que não estiver em condições de trabalhar remotamente poderá apresentar atestado médico** com a especificação do tempo pelo qual deverá permanecer afastado das suas atividades laborais em LTS. É importante lembrar que atestados médicos com período maior que 05 dias e/ou sem CID serão encaminhados para perícia médica e devem conter carimbo e assinatura do médico assistente, conforme orientações previstas na Instrução Normativa PRDI 04/2019.

1. Qualquer situação não prevista acima, deve ser definida com o/a médico/a assistente do/a servidor/a.

1. Esta declaração e qualquer outra documentação, seja resultado de testes e/ou atestados médicos, deve ser enviada ao e-mail ou entregue no setor de saúde do campus/Reitoria, devendo o servidor armazenar as versões físicas para conferência em momento oportuno.

1. O núcleo/setor de saúde deverá realizar a interlocução com Coordenação de Gestão de Pessoas local para ciência dos servidores com condições de saúde autodeclaradas para concessão de trabalho remoto, o período de execução das atividades remotas e se há necessidade de verificação de informações administrativas pela referida coordenação.

1. A Coordenação de Gestão de Pessoas solicitará a emissão de portaria mensal ao Gabinete da Direção Geral/Reitoria, informando o período de realização de trabalho remoto pelo(a) servidor(a), tendo a prerrogativa de solicitar, caso necessário, documentação administrativa complementar.

|  |
| --- |
| Declaro, ainda, que não vou exercer nenhuma outra atividade remunerada em caráter presencial durante o período de trabalho remoto, estando ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais, cíveis e administrativas previstas em Lei e que **deverei atualizar imediatamente o Núcleo/Setor de Saúde do local de lotação em caso de alteração da situação autodeclarada em qualquer um dos itens assinalados.** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/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 | Peso\_\_\_\_\_\_Kg; Altura\_\_\_\_\_m (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.* | |

**ENCAMINHAR ESTA DECLARAÇÃO E COMPROVANTES PARA O E-MAIL DO SETOR DE SAÚDE DE SUA UNIDADE, CONFORME LISTA ABAIXO:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Campus* Alegrete | [saude.al@iffarroupilha.edu.br](mailto:saude.al@iffarroupilha.edu.br) |
| *Campus* FredericoWestphalen | [saude.fw@iffarroupilha.edu.br](mailto:saude.fw@iffarroupilha.edu.br) |
| *Campus* Jaguari/CR Santiago | [saude.ja@iffarroupilha.edu.br](mailto:saude.ja@iffarroupilha.edu.br) |
| *Campus* Júlio de Castilhos | [saude.jc@iffarroupilha.edu.br](mailto:saude.jc@iffarroupilha.edu.br) |
| *Campus* Panambi | [saude.pb@iffarroupilha.edu.br](mailto:saude.pb@iffarroupilha.edu.br) |
| Reitoria/EAD | [saudereitoria@iffarroupilha.edu.br](mailto:saudereitoria@iffarroupilha.edu.br) |
| *Campus* Santo Augusto | [saude.sa@iffarroupilha.edu.br](mailto:saude.sa@iffarroupilha.edu.br) |
| *Campus* Santo Ângelo | [saude.san@iffarroupilha.edu.br](mailto:saude.san@iffarroupilha.edu.br) |
| *Campus* Santa Rosa | [servicosaude.sr@iffarroupilha.edu.br](mailto:servicosaude.sr@iffarroupilha.edu.br) |
| *Campus* São Borja | [saude.sb@iffarroupilha.edu.br](mailto:saude.sb@iffarroupilha.edu.br) |
| *Campus* São Vicente do Sul | [saude.svs@iffarroupilha.edu.br](mailto:saude.svs@iffarroupilha.edu.br) |
| *Campus* Avançado Uruguaiana | [saude.sb@iffarroupilha.edu.br](mailto:saude.sb@iffarroupilha.edu.br) (servidores) |

**FUNDAMENTAÇÃO LEGAL**

Instrução Normativa SGP/SEDGG/ME Nº90, de 28 de setembro de 2021; Plano de Contingência para a Prevenção, Monitoramento e Controle do Novo Coronavírus - COVID-19 do Instituto Federal Farroupilha, atualizado em 10 de janeiro de 2022.