**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** |
| Doençarespiratóriacrônica | Asma em uso de corticoide inalatório ousistêmico (moderada ou grave)Dependência de oxigênio por pneumopatiasDoença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)BronquiectasiaFibrose císticaDoenças intersticiais do pulmãoDisplasia broncopulmonarHipertensão arterial pulmonar |
| Doença cardíacaCrônica | Doença cardíaca congênitaHipertensão arterial sistêmica Doença cardíaca isquêmica (ex.:infartados e revascularizados)Insuficiência cardíacaArritmias |
| Doença renalcrônica | Doença renal nos estágios 3, 4 e 5Síndrome nefróticaPaciente em diálise |
| Doença hepaticacrônica | Atresia biliarHepatites crônicasCirrose |
| Doençaneurológicacrônica | Condições em que a função respiratória podeestar comprometida pela doença neurológicaConsiderar as necessidades clínicasindividuais dos pacientes, incluindo: AVC,paralisia cerebral, esclerose múltipla econdições similaresDoenças hereditárias e degenerativas dosistema nervoso ou muscularDeficiência neurológica grave |
| Doenças hematológicas | Anemia falciforme e talassemia |
| Diabetes | Diabetes Mellitus tipo I e tipo II em uso deMedicamentos |
| Imunossupressão e imunodepressão (atual) | Imunodeficiência congênita ou adquiridaImunossupressão 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 sólidosMedula óssea |
| Portadores detrissomias | Síndrome de DownSíndrome de KlinefelterSíndrome de WarkanyOutras 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 |
| *Campus* FredericoWestphalen | saude.fw@iffarroupilha.edu.br |
| *Campus* Jaguari/CR Santiago | saude.ja@iffarroupilha.edu.br |
| *Campus* Júlio de Castilhos | saude.jc@iffarroupilha.edu.br |
| *Campus* Panambi | saude.pb@iffarroupilha.edu.br |
| Reitoria/EAD | saudereitoria@iffarroupilha.edu.br |
| *Campus* Santo Augusto | saude.sa@iffarroupilha.edu.br |
| *Campus* Santo Ângelo | saude.san@iffarroupilha.edu.br |
| *Campus* Santa Rosa | servicosaude.sr@iffarroupilha.edu.br |
| *Campus* São Borja | saude.sb@iffarroupilha.edu.br |
| *Campus* São Vicente do Sul | saude.svs@iffarroupilha.edu.br |
| *Campus* Avançado Uruguaiana | 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.