



ANEXO VIII

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 aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais” do Ministério da Saúde, abaixo relacionadas:

- Trabalhadores com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos,
- Trabalhadores imunodeprimidos ou com doenças crônicas graves:
 - a. Imunosupressão 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.
- Trabalhadoras Gestantes ou lactantes de crianças até 1 (um) ano de idade*.

*** Fica na responsabilidade da contratada comunicar a Secretaria Municipal de Saúde sobre estado de gravidez a qualquer momento do contrato.**

Goiânia, ____ de _____ de 2020.

Assinatura do Candidato
CPF: _____