IFMG - PORTARIA 489/2021 - RETORNO GRADUAL ATIVIDADES PRESENCIAIS

**ANEXO II**

**AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Portaria 2.789/GM/MS, de 14 de outubro de 2020 e em consonância com Instrução Normativa nº 19, de 12 de março de 2020 e suas alterações, que me enquadro em situação de priorização para efeito de afastamento das atividades presenciais, preferencialmente por trabalho remoto, em razão de possuir fator ou situação de risco para agravamento de Covid-19. Declaro, ainda, pelas mesmas razões, que não exercerei nenhuma outra atividade remunerada em caráter presencial durante esse mesmo período. 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 \_\_\_\_\_\_\_.

Local e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

assinatura do servidor público

**ANEXO III**

**AUTODECLARAÇÃO DE FILHO(S) EM IDADE ESCOLAR**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Portaria nº 2.789/GM/MS, de 14 de outubro de 2020, e em consonância com Instrução Normativa nº 19, de 12 de março de 2020, e suas alterações, que tenho filhos em idade escolar ou inferior e que necessitam da minha assistência, portanto, necessito ser submetido a trabalho remoto com data de início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e enquanto vigorar a norma local, conforme o ato normativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que suspendeu as atividades escolares ou em creche, por motivos de força maior relacionadas ao Coronavírus. Declaro, ainda, pelas mesmas razões, que não exercerei nenhuma outra atividade remunerada em caráter presencial durante esse período e que não possuo cônjuge, companheiro ou outro familiar adulto que comigo resida apto a prestar assistência aos meus filhos em idade escolar. 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 \_\_\_\_\_\_\_.

Local e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

assinatura do servidor público

Informações adicionais:

Dados cônjuge:

Nome Completo:

Servidor Público ou Empregado Público Federal: ( ) Sim ( ) Não

Dados dos filhos (deve ser preenchido para cada filho):

Nome Completo:

Idade:

Escola: ( ) Pública ( )Privada

UF da Escola:

Cidade da Escola:

**ANEXO IV**

**AUTODECLARAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE COVID-19**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Portaria nº 2.789/GM/MS, de 14 de outubro de 2020, e em consonância com Instrução Normativa nº 19, de 12 de março de 2020, e suas alterações, que devo ser submetido a afastamento em razão de apresentar sinais ou sintomas gripais, com data de início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estando ciente que devo procurar atendimento de saúde e retornar às atividades presenciais, 24 (vinte e quatro) horas após a resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, caso não tenha sido confirmado o diagnóstico de Covid-19 ou outra doença que enseje no afastamento por motivo de saúde. Declaro, por fim, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

Local e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

assinatura do servidor público

**ANEXO V**

**AUTODECLARAÇÃO DE CONTATO PRÓXIMO DE CASO CONFIRMADO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Portaria nº 2.789/GM/MS, de 14 de outubro de 2020, que tive contato com caso confirmado de Covid-19 no dia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (data do primeiro contato) conforme itens assinalados abaixo, me enquadrando, portanto, como um contato próximo de caso confirmado:

( ) estive a menos de um metro de distância, por um período mínimo de 15 minutos;

( ) tive contato físico direto (por exemplo, apertando as mãos) com um caso suspeito ou confirmado;

( ) sou profissional de saúde que prestou assistência em saúde ao caso de Covid-19 sem utilizar equipamentos de proteção individual (EPI), conforme preconizado, ou com EPIs danificados;

( ) tive contato domiciliar com residentes na mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, dentre outros).

Declaro, mais, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

Local e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

assinatura do servidor público

**ANEXO VI**

**AUTODECLARAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE TRANSPORTE PÚBLICO COLETIVO NOS DESLOCAMENTOS PARA OS LOCAIS DE TRABALHO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Instrução Normativa nº 109, de 29 de outubro de 2020, que me enquadro em situação de priorização para efeito de afastamento das atividades presenciais, preferencialmente por trabalho remoto, em razão de utilizar transporte público coletivo no deslocamento para o local de trabalho. Declaro, ainda, pelas mesmas razões, que não exercerei nenhuma outra atividade remunerada em caráter presencial durante esse mesmo período. 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 \_\_\_\_\_\_\_.

Local e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

assinatura do servidor público

**AUTODECLARAÇÃO DE coabitação com idosos ou pessoas com deficiência e integrantes do grupo de risco para a COVID-19**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Portaria nº 2.789/GM/MS, de 14 de outubro de 2020, e em consonância com Instrução Normativa nº 19, de 12 de março de 2020 e Portaria 489/2021, art. 5º, inciso III e suas alterações, que coabito com idosos ou pessoas com deficiência e integrantes do grupo de risco para a COVID-19 e que necessitam da minha assistência, portanto, necessito ser submetido a trabalho remoto com data de início \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e enquanto vigorar a norma local, conforme o ato normativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que suspendeu as atividades escolares ou em creche, por motivos de força maior, relacionadas ao Coronavírus. Declaro, ainda, pelas mesmas razões, que não exercerei nenhuma outra atividade remunerada em caráter presencial durante esse período e que não possuo cônjuge, companheiro ou outro familiar adulto que comigo resida apto a prestar a assistência necessária. 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 \_\_\_\_\_\_\_.

Local e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

assinatura do servidor público

Informações adicionais:

Nome Completo:

Servidor Público ou Empregado Público Federal: ( ) Sim ( ) Não

Idade: