



“BRASIL – DO CABURÁÍ AO CHUÍ”
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS
 Rua: General Penha Brasil, nº 1.011 - São Francisco - Palácio 9 de Julho
 Fone: (095) 3621-1700 - CEP 69.305-130 - Boa Vista - Roraima

ANEXO II

DECLARAÇÃO – GRUPO DE RISCO COVID-19

Eu, _____, inscrito(a) no
 CPF nº _____, para assumir a função de
 _____, DECLARO que não faço parte do
 grupo de risco da doença COVID-19, não apresentando as comorbidades abaixo relacionadas:

- Doenças cardíacas crônicas:
- Doença cardíaca congênita;
- Insuficiência cardíaca mal controlada e refratária;
- Doença cardíaca isquêmica descompensada;
- Doenças respiratórias crônicas:
- DPOC e Asma controlados;
- Doenças pulmonares intersticiais com complicações;
- Fibrose cística com infecções recorrentes;
- Doenças renais crônicas:
- Em estágio avançado (Graus 3,4 e 5);
- Pacientes em diálise;
- Imunossupressor:
- Transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea;
- Imunossupressão por doenças e/ou medicamentos (em vigência de quimioterapia/radioterapia, entre outros medicamentos);
- Portadores de doenças cromossômicas e com estado de fragilidade imunológica;
- Diabetes;
- Gestantes sintomáticas com suspeita de Síndrome Gripal COVID-19.

Boa Vista-RR, _____ de _____ de 2020.

 Assinatura do (a) Candidato (a)
 (legível)

