

AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Instrução Normativa nº 19, de 12 de março de 2020, que faço parte do grupo de risco do novo coronavírus (COVID-19), conforme declarado a seguir:

Tem mais de 60 anos ?	SIM	NÃO
Está grávida?	SIM	NÃO
Tem doenças Respiratórias?	SIM	NÃO
Tem diabetes?	SIM	NÃO
Tem alguma doença Crônica?	SIM	NÃO
Faz uso de imunossupressores ?	SIM	NÃO

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

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Nome:
CPF: