



## **ANEXO VI**

### **DECLARAÇÃO – GRUPO DE RISCO COVID-19**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob 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, doenças cardíacas congênitas, insuficiência cardíaca mal controlada e refratária, e doença cardíaca isquêmica descompensada;
- Doenças respiratórias crônicas, DPOC e asma controlados, doenças pulmonares intersticiais com complicações e fibrose cística com infecções recorrentes;
- Doenças renais crônicas, em estágio avançado e paciente em diálise;
- Imunossupressor, transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea e imunossupressor 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 ou lactantes.

Arapiraca – AL, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

---

Assinatura do (a). Candidato (a)  
(Legível)