



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Tocantins

**AUTODECLARAÇÃO PARA RETORNO ÀS AULAS PRESENCIAIS
(MAIORES DE 18 ANOS)**

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto no item 2.3.5 - Cuidados com as pessoas em situação de risco para a Covid-19 do Plano de Retorno Gradual das Atividades Presenciais do IFTO, que completei o ciclo vacinal de imunização contra a COVID-19, já transcorridos mais de trinta dias desta completa imunização. Declaro ainda que me enquadro nas hipóteses de fator, condição ou situação de risco, mas minha(s) comorbidade(s) apresenta(m)-se controlada(s) e estável(is), podendo retornar às aulas presenciais. Declaro, por fim, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais, cíveis e administrativas previstas em Lei.

Fator condição ou situação de risco:

- idade igual ou superior a 60 anos;
- tabagismo;
- obesidade;
- miocardiopatias de diferentes etiologias (insuficiência cardíaca, miocardiopatia isquêmica etc.);
- hipertensão arterial;
- doença cerebrovascular;
- pneumopatias graves ou descompensadas (asma moderada/grave, DPOC); h) imunodepressão e imunossupressão;
- doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
- diabetes melito, conforme juízo clínico;
- doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica;
- neoplasia maligna (exceto câncer não melanótico de pele);
- cirrose hepática;
- doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme e talassemia); e
- gestação.

Porto Nacional, _____ de _____ de 2022.

ASSINATURA DO DISCENTE

Avenida Tocantins, Jardim America — CEP 77500-000
Porto Nacional/TO —
portal.ifto.edu.br — reitoria@ifto.edu.br