



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

**AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE  
(SERVIDORES TERCEIRIZADOS)**

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 me enquadro em situação de afastamento das atividades presenciais em razão de possuir fator, condição ou situação de risco para agravamento de Covid-19, nos termos do inciso I do art. 4º desta Instrução Normativa. 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.

**OBS.: Condições ou fatores de risco previstos na Instrução Normativa nº 90, de 28 de setembro de 2021:**

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

Porto Nacional, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor Terceirizado

\_\_\_\_\_  
Cargo/Função

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