

## AUTODECLARAÇÃO – COVID 19

EU (nome) \_\_\_\_\_,

RG nº \_\_\_\_\_, cargo \_\_\_\_\_,

lotado na Unidade \_\_\_\_\_,

nos termos do artigo 4º, da Resolução SAP nº \_\_\_\_/2020, **DECLARO** sob as penas da Lei, que as informações abaixo referentes aos sintomas do COVID-19, **aqui prestadas são verdadeiras.**

### 1- Teve contato com alguém suspeito ou confirmado para Covid 19?

( ) Não ( ) Sim

### 2- Sintomas:

Febre ( ) Não ( ) Sim Temperatura atual: \_\_\_\_\_°C

Tosse ( ) Não ( ) Sim

Congestão Nasal ( ) Não ( ) Sim

Dor de Garganta ( ) Não ( ) Sim

Coriza ( ) Não ( ) Sim

Dificuldade para respirar ( ) Não ( ) Sim

Mal estar geral /cansaço ( ) Não ( ) Sim

Outro Sintoma: \_\_\_\_\_

### 3- Está em uso de algum medicamento?

( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

### 4- Tomou vacina contra Influenza em 2019?

( ) Não ( ) Sim

Estou ciente que no caso de declaração falsa, estarei sujeito à responsabilização disciplinar, civil e penal.

Assinatura: \_\_\_\_\_