**AUTODECLARAÇÃO PARA RETORNO AO ENSINO PRESENCIAL**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Instrução Normativa nº 90, de 28 de setembro de 2021, 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 previstas no inciso I, art. 4º, da referida Instrução Normativa, mas minha(s) comorbidade(s) apresenta(m)-se controlada(s) e estável(is), podendo retornar ao ensino presencial. Declaro, por fim, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais, cíveis e administrativas previstas em Lei.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

Local e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

**Quadro 1.** Identificação das Categorias de Risco durante a pandemia de COVID-19

|  |  |
| --- | --- |
| **CATEGORIA DE RISCO** | **DOENÇA/CONDIÇÃO CLÍNICA** |
| Doençarespiratóriacrônica | Asma em uso de corticoide inalatório ou sistêmico (moderada ou grave); Dependência de oxigênio por pneumopatiasDoença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)BronquiectasiaFibrose císticaDoenças intersticiais do pulmãoDisplasia broncopulmonarHipertensão arterial pulmonar |
| Doença cardíacaCrônica | Doença cardíaca congênitaHipertensão arterial sistêmicaDoença cardíaca isquêmica (ex: infartados e revascularizados)Insuficiência cardíacaArritmias |
| Doença renalCrônica | Doença renal nos estágios 3, 4 e 5Síndrome nefróticaPaciente em diálise |
| Doença hepaticaCrônica | Atresia biliarHepatites crônicasCirrose |
| Doençaneurológicacrônica | Condições em que a função respiratória pode estar comprometida pela doença neurológica; Considerar as necessidades clínicas individuais dos pacientes, incluindo: AVC, paralisia cerebral, esclerose múltipla e condições similares; Doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular;Deficiência neurológica grave |
| Doenças hematológicas | Anemia falciforme e talassemia |
| Diabetes | Diabetes Mellitus tipo I e tipo II em uso deMedicamentos |
| Imunossupressão e imunodepressão (atual) | Imunodeficiência congênita ou adquiridaImunossupressão por doenças (ex.: neoplasia maligna, AIDS, etc) ou medicamentos, no momento atual |
| Obesidade | Índice de massa corpórea maior que 30kg/ m2  |
| Transplantados | Órgãos sólidosMedula óssea |
| Portadores detrissomias | Síndrome de DownSíndrome de KlinefelterSíndrome de WarkanyOutras com estado de fragilidade imunológica |
| Tabagistas | Uso de tabaco |
| *Fontes: Informe Técnico da Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza, Ministério da Saúde, 2020; Portaria Conjunta Nº 20, Ministério da Saúde/Ministério da Economia, 2020; Portaria Nº 2.789, Ministério da Saúde, 2020;* *Nota Informativa 30 COE/SES-RS, 2021; Instrução Normativa SGP/SEDGG/Ministério da Economia nº90, 2021.* |