



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

AUTODECLARAÇÃO PARA RETORNO AO TRABALHO

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 trabalho 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.

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

Cargo/Função

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