



ESTADO DE GOIÁS DECLARAÇÃO

Eu, devidamente qualificado abaixo, na condição de servidor público estadual ou equivalente, atesto para os devidos fins que:

() coabito com pessoa do grupo de risco, ou

() sou responsável por pessoa do grupo de risco,

conforme informações e documentação anexas, observados os critérios estabelecidos no Decreto nº 9.751/2020 e na Portaria nº 438/2020 - SEAD.

Declaro, ainda, que estou ciente que a inveracidade da informação contida neste documento, por mim firmado, constitui prática de infração disciplinar, passível de punição na forma da lei.

Local e data: _____ em _____ de _____ de 202__.

Assinatura do servidor

Nome: _____

CPF: _____

Cargo: _____

Órgão: _____

Lotação: _____

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

1. Identificação da pessoa do grupo de risco com a qual coabito ou sou responsável:

Nome completo: _____

CPF: _____

Grau de parentesco:

() cônjuge, companheiro, companheira

() pai, mãe, padrasto, madrasta

() filho, filha, enteado, enteada

() avô, avó

() irmão, irmã



ESTADO DE GOIÁS

- neto, neta
- outro. Especificar qual:
- não possui grau de parentesco.

2. Critério(s) que a pessoa com a qual coabito ou sou responsável atende para ser considerada do grupo de risco nos termos do Decreto nº 9.751/2020 e na Portaria nº 438/2020 – SEAD:

- com 60 (sessenta) anos ou mais;
- com imunodeficiências ou com doenças preexistentes crônicas ou graves, assim entendidas: cardiopatias graves ou descompensados (insuficiência cardíaca e cardiopatia isquêmica), pneumopatias graves ou descompensados (asma moderada/grave e doença pulmonar obstrutiva crônica), imunodepressão, doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5), diabetes mellitus (conforme juízo clínico), além de doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica;

Observação: nos casos de atendimento deste critério, a imunodeficiência ou doença preexistente crônica ou grave deverá ser descrita abaixo:

- gestante;
- lactante com filhos de até 12 (doze) meses.

3. Na opção de declaração de responsável por pessoa do grupo de risco esclareço que tal relação se justifica pelo seguinte:

Observações:

Esta Declaração e a documentação correspondente deverão ser entregues à chefia imediata, a qual encaminhará à Unidade Setorial de Gestão de Pessoal do órgão ou entidade de lotação do servidor, via SEI, para registro e arquivamento em dossiê funcional.

No caso de opção de imunodeficiências ou com doenças preexistentes crônicas ou graves, a solicitação será encaminhada também à Gerência de Qualidade de Vida Ocupacional da Secretaria de Estado da Administração - Unidade SEI 02820.