



**ANEXO V**

**AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE**

Eu, \_\_\_\_\_  
CPF N°, \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_, declaro  
para os devidos fins e efeitos de direito que, não apresento diagnóstico de doença  
imunossupressora e/ou doença crônica ou graves preexistentes, consideradas como grupo de  
risco, conforme previsto no Art. 3º da Portaria SESA n° 50, alterada pela Portaria SESA n° 179-  
R de 11 de setembro de 2020, estando apto a exercer minhas funções de forma presencial no cargo  
de \_\_\_\_\_, me comprometendo a obedecer todas  
as medidas sanitárias estabelecidas pelo Município nos setores de trabalho.

Atílio Vivacqua, ES, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Candidato**