



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO**

AUTODECLARAÇÃO DE CASO SUSPEITO DE COVID-19

Eu, _____, RG n° _____, CPF n° _____, declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Portaria n° 2.789/GM/MS, de 14 de outubro de 2020, e em consonância com Instrução Normativa n° 109, de 29 de outubro de 2020, e suas alterações, que devo ser submetido a afastamento em razão de apresentar sinais ou sintomas gripais, com data de início _____, estando ciente que devo procurar atendimento de saúde e retornar às atividades presenciais, 24 (vinte e quatro) horas após a resolução de febre sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios, caso não tenha sido confirmado o diagnóstico de Covid-19 ou outra doença que enseje no afastamento por motivo de saúde. Declaro, por fim, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei.

_____, ____ de _____ de _____.

Local e data
