



**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 2021.

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