



# ASSOCIAÇÃO CASA DE SAÚDE BENEFICENTE DE INDIAPORÃ

CRM: 925512 • DESDE 21/09/1998 • CNPJ 02.927.389/0001-40

e-mail: casadesaudeindiapora@gmail.com • Tel.: (17) 3842-1101

Rua Coleta Macedo de Oliveira, nº 1000 - Centro - CEP 15690-000 - Indiaporã - SP

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. JAIR SPONQUIADO**

## ANEXO IV

### DECLARAÇÃO GRUPO DE RISCO DA COVID-19 E AJUSTAMENTO FUNCIONAL

Eu, \_\_\_\_\_

COREN: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, declaro que não sou portador de imunossupressão, em tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia, hipertensão, diabetes, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias; não possuo idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos; não estou gestante e/ou lactante, sendo considerados Grupo de Risco da COVID-19; estou ciente que serei contratado para trabalhar em regime exclusivamente presencial por se tratar de área finalística e de natureza médico-hospitalar e; não possuo restrição de atividade laboral ou ajustamento funcional.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Declarante