



## ANEXO X

### DECLARAÇÃO DE QUE NÃO SE ENCONTRA EM GRUPO DE RISCO DA COVID-19

Declaro para fins desta Seleção Pública Simplificada regida pelo Edital nº 001/2021 – Secretaria de Saúde de Igarassu-PE, que NÃO me encontro em grupo de risco (abaixo citado) da COVID-19 e estou ciente que serei DESCLASSIFICADO caso me enquadre nesse grupo de risco.

Grupo de risco da doença COVID-19:

- a) Doenças cardíacas crônicas: - Doença cardíaca congênita; - Insuficiência cardíaca mal controlada e refratária; - Doença cardíaca isquêmica descompensada;
- B) Doenças respiratórias crônicas: - DPOC e Asma controlados; - Doenças pulmonares intersticiais com complicações; - Fibrose cística com infecções recorrentes; - Crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade;
- C) Doenças renais crônicas: - Em estágio avançado (Graus 3, 4 e 5); - Pacientes em diálise;
- D) Imunodeprimidos: - Transplantados de órgãos sólidos e de medula óssea; - Imunossupressão por doenças e/ou medicamentos (em vigência de quimioterapia/radioterapia, entre outros medicamentos);
- E) Portadores de doenças cromossômicas e com estado de fragilidade imunológica;
- F) Diabetes;
- G) Gestantes ou puérperas.

Atenciosamente,

(local e data) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOME DO DECLARANTE