



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
INSTITUTO BIOMÉDICO - CMB  
R. Prof. Hernani Melo, 101 - São Domingos - 24.210-130 - Niterói - RJ  
Tel.: (21) 2629-2545 – cmb@id.uff.br

**ANEXO V – Instrução de Serviço PROGEPE nº 012, de 14 de Agosto de 2020.**

## **AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE (SINAIS OU SINTOMAS GRIPAIS)**

**EU,** \_\_\_\_\_,  
RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_ declaro para fins específicos de atendimento ao disposto na Instrução Normativa nº 19, de 12 de março de 2020, que devo ser submetido a isolamento em razão de apresentar sinais ou sintomas gripais, com data de início \_\_\_\_\_, estritamente pelo tempo em que perdurarem os sintomas, estando ciente de que devo procurar atendimento médico ou por telefone, consoante canal disponibilizado pelo Ministério da Saúde ou pelos demais entes federativos.

Declaro, por fim, que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei.

---

Assinatura do servidor