CIDADE DE SÃO PAULO
ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

**DECLARAÇÃO DE CONDIÇÕES DE RISCO**

**NOS TERMOS DO ARTIGO 6º DO DECRETO Nº 59.283, DE 16 DE MARÇO DE 2020.**

| **IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO** | |
|---|---|
| **NOME:** | **TELEFONE:** |
| **LOCAL DE ATIVIDADE:** | **HORARIO:** |

**Assinale a condição que você se apresenta diante da pandemia COVID 19**

( ) gestante ou lactante;

( ) maior de 60 (sessenta) anos;

( ) portador(a) de doença ou outra condição de risco de desenvolvimento de sintomas mais graves decorrentes da infecção pelo coronavírus, nos termos definidos pelas autoridades de saúde e sanitária, quais sejam:

( ) Cardiopatia moderada a grave;
( ) Diabetes em tratamento;
( ) Doença hepática moderada a grave;
( ) Doença renal crônica;
( ) Doenças respiratórias crônicas;
( ) Hipertensos em tratamento;
( ) Qualquer condição que leve à imunodepressão;
( ) Tratamento oncológico;
( ) Mobilidade reduzida;
( ) Deficiência de comunicação e cuidados pessoais;

( ) beneficiario acometido de sintomas compatíveis com o quadro de infecção pelo coronavírus, conforme orientação das autoridades de saúde e sanitária; neste caso ( APRESENTAR ATESTADO MÉDICO E EXAMES COM COMPROVAÇÃO)

Comprometo-me:

1- Deixar minha FFI corretamente preenchida até meu último dia de atividade;
2- Permanecer a disposição da SMADS sempre que solicitado, mantendo meus meios de contato atualizados;
3- Manter acompanhamento médico e apresentar comprovações da patologia quando/se solicitado;
4- Retomar as atividades IMEDIATAMENTE quando for orientado.

_____ Assinatura do beneficiario

_____ Assinatura e identificação do Responsável

São Paulo, ___de_____2020.