

**TERMO DE DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA EM PERÍCIA MÉDICA**

**INFECTADO OU COM SINTOMAS**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , MASP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , ocupante do cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , lotado(a) no(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , declaro que me ausentei da perícia médica para fins de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , agendada para o dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ , às \_\_\_\_\_\_ horas, pois:

 Fui diagnosticado com a doença infecciosa viral respiratória causada pelo agente Coronavírus (Covid-19), portanto estou impossibilitado(a) de comparecer presencialmente. Estou ciente de que devo procurar imediatamente atendimento médico para verificação da necessidade de afastamento por motivos de saúde.

Data do diagnóstico positivo: \_\_\_\_/\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_.

 Me apresento com sintomas característicos de síndromes respiratórias, portanto estou impossibilitado(a) de comparecer presencialmente. Estou ciente de que devo procurar imediatamente atendimento médico para verificação da necessidade de afastamento por motivos de saúde.

Data do início dos sintomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro, estar ciente do disposto no art. 299, do Código Penal Brasileiro e, sob as penas da lei, serem verdadeiras as informações acima prestadas, responsabilizando-me por qualquer dado inverídico.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura**