



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão

Superintendência Central de Perícia Médica e Saúde Ocupacional

**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