



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
PROCURADORIA-GERAL DO ESTADO

**AUTODECLARAÇÃO DE EXERCÍCIO DE TRABALHO EM ATIVIDADE ESSENCIAL**  
**(VÁLIDA SOMENTE COM DOCUMENTO OFICIAL COM FOTO ou IDENTIFICAÇÃO**  
**FUNCIONAL DO EMPREGADOR)**

NOME: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL<sup>1</sup>/EMAIL/TELEFONE:

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

**Declaro, sob minha responsabilidade:**

- a) **não ter testado positivo para a COVID-19 há menos de 14** (quatorze) dias e **não possuir quaisquer dos seus sintomas** (febre, tosse, coriza, dor no corpo ou perda do olfato ou paladar);
- b) **tenho conhecimento** das disposições do Decreto Estadual nº 800, de 31/05/2020, especialmente **quanto à proibição de circulação de pessoas**, exceto para: i. aquisição de gêneros alimentícios, medicamentos, produtos médico-hospitalares, produtos de limpeza e higiene pessoal; ii. para o comparecimento, próprio ou de uma pessoa como acompanhante, a consultas ou realização de exames médico-hospitalares, nos casos de problemas de saúde; iii para realização de operações de saque e depósito de numerário; ou iv para a realização de trabalho consideradas essenciais;
- c) **tenho conhecimento das penalidades previstas no Decreto Estadual nº 800, de 31/05/2020** (advertência, multa e embargo/interdição de estabelecimentos) e eventual responsabilidade civil e criminal (arts. 268 e 330 do Código Penal) em caso de descumprimento das regras do Decreto;
- d) **que me deslocarei para o desempenho da atividade essencial abaixo mencionada:**

TIPO DE ATIVIDADE ESSENCIAL<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

SE FOR TRABALHO DOMÉSTICO (ITEM 58), INFORMAR QUAL A NECESSIDADE ESPECIAL: \_\_\_\_\_

FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

NOME DO ESTABELECIMENTO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_

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

HORÁRIO DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

DESLOCA-SE PARA ATIVIDADES EXTERNAS ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM QUAL?

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

Em \_\_\_\_\_ de março de 2021.

Assinatura<sup>4</sup>: \_\_\_\_\_

Se for trabalhador doméstico, assinatura do empregador doméstico: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Logradouro/Número/Cidade/Bairro/CEP.

<sup>2</sup> Indicar o número do item previsto no Anexo IV do Decreto Estadual nº 800, de 31/05/2020.

<sup>3</sup> Logradouro/Número/Cidade/Bairro/CEP.

<sup>4</sup> A assinatura deve ser igual a do documento oficial com foto.