

TERMO DE DECLARAÇÃO (CORONAVÍRUS)

Eu, _____, RG: _____,
CPF: _____, endereço (completo): _____

_____, declaro que fui devidamente orientado pelo Profissional de Saúde: _____ sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido (a), bem como as pessoas que residem no mesmo espaço ou dos trabalhadores domésticos que exercem atividades no âmbito residencial, conforme **Portaria nº 454, de 20 de março de 2020**, com data de início ____/____/____, previsão de término: ____/____/____, devendo permanecer em minha residência durante todo o período, ciente das possíveis consequências de sua não realização.

Declaro abaixo o nome das pessoas que residem no mesmo endereço e que deverão cumprir a medida de isolamento domiciliar:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Assinatura da pessoa sintomática: _____

DATA: ____/____/____

PROFISSIONAL: Declaro para os devidos fins, que orientei o paciente supracitado (ou seu responsável) sobre o funcionamento da medida de saúde pública a que o mesmo está sujeito, sendo que este encontra-se em condições de compreender o que lhe foi informado.

Assinatura e carimbo do profissional _____