

PREFEITURA MUNICIPAL DE TELÊMACO BORBA
ESTADO DO PARANÁ
TERMO DE DECLARAÇÃO E CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG nº _____,
CPF nº _____, residente e domiciliado na _____
_____, nº _____ Bairro _____, Telefone _____, na cidade
de Telêmaco Borba/PR, declaro que fui devidamente informado nesse serviço, sobre a necessidade de isolamento a
que devo ser submetido (a), bem como as possíveis consequências (CIVIL, ADMINISTRATIVA e CRIMINAL) da sua não
realização, assumindo o compromisso de permanecer em isolamento domiciliar e seguir as seguintes orientações:
ambientes ventilados, **distanciamento dos demais familiares** e utilizar máscara nos momentos de convívio com outras
pessoas, que deve ser o mínimo possível, evitar compartilhamento de objetos, higienizar frequentemente as mãos,
manter a limpeza do ambiente e somente sair de casa no caso da necessidade de atendimento médico.

Data de início: ____/____/____ **Previsão de término:** ____/____/____ **(permanecer isolado nessa data).**

Caso os sintomas ultrapassem 10 dias, ou o assintomático inicie sintomas, deverá procurar atendimento médico para
avaliação e atestado complementar.

Local de cumprimento da medida: _____

As pessoas que residem no mesmo endereço ou tiveram contato próximo e não apresentem sintomas deverão cumprir
medida de isolamento domiciliar por 10 dias a partir da data de emissão desse termo: **Previsão de término:** ____/____/____

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Os dados fornecidos a respeito dos meus contatos domiciliares são de responsabilidade do informante, que deve informar o nome de todos
os residentes do mesmo domicílio, assinalando a veracidade e autenticidade das informações descritas, sob pena de responsabilização.

NOTIFICAÇÃO DE ISOLAMENTO

**O Sr.(a) está sendo notificado sobre a necessidade de adoção da medida sanitária de isolamento. Essa medida é
necessária, pois visa a prevenir a dispersão do vírus Covid-19.**

Assinatura da pessoa sintomática (notificada): _____

Local: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

Ou nome e Assinatura do responsável legal: _____

Assinatura e Carimbo, Profissional de Saúde

Estabelecimento de Saúde

A Lei nº 13.979 de 06/02/2020 da Presidência da República estabelece em seu Artigo 3º parágrafo 3º "Será considerado falta justificada ao serviço
público ou à atividade laboral privada o período de ausência decorrente das medidas previstas neste artigo", que inclui em seu inciso I a medida de
isolamento.

Em recusa, assina as testemunhas:

Nome: _____ CPF: _____

Nome: _____ CPF: _____

**ESTE TERMO É VÁLIDO PARA RESULTADOS LABORATORIAIS POSITIVOS E PARA SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS NO PERÍODO
QUE AGUARDAM RESULTADO DE PCR. O LAUDO DO EXAME DEVE SER ANEXADO AO TERMO PARA O EMPREGADOR.**