

Termo de Responsabilidade de Isolamento Domiciliar

Eu, _____, brasileiro, CPF nº _____, e RG nº _____, residente e domiciliado (a) à _____

na qualidade de paciente/responsável legal do profissional abaixo nomeado, declaro que fui informado a cerca do isolamento domiciliar de acordo com a LEI Nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, devido ser CONTATO PRÓXIMO de pessoa suspeita de COVID-19, tendo ciência de seus benefícios e riscos, assim como das consequências e complicações decorrentes de sua não realização.

Comprometo-me a desenvolver as orientações mencionadas, e assumo todas as consequências e responsabilidades da não realização das mesma:

- Não compartilhar alimentos, copos, talheres, toalhas e objetos de uso pessoal;
- Evitar tocar olhos, nariz e boca;
- Lavar as mãos, frequentemente, com água e sabão, especialmente depois de tossir ou espirrar;
- Manter o ambiente ventilado.

No caso de aparecimento de sintomas (tais como: tosse, febre, dor de cabeça, dor de garganta, dor no corpo e alteração no paladar ou olfato), entrar em contato com o Comitê de Enfrentamento ao COVID-19 através do telefone (33) 98802-7162.

Declaro ainda que me responsabilizo a permanecer em isolamento domiciliar e afastado de minhas atividades profissionais pelo prazo de 07 dias a partir desta data.

Joaíma, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do responsabilizado

Assinatura do profissional responsável