

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ISOLAMENTO DOMICILIAR

Eu, _____, _____, _____,
nome do paciente ou seu representante legal nacionalidade estado civil
_____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____ e no RG nº
profissão
_____, residente e domiciliado(a) à _____
endereço

_____, na qualidade de paciente/responsável legal sob os cuidados do profissional abaixo nomeado, declaro que fui informado acerca do isolamento domiciliar de acordo com a LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020, devido suspeita de NOVO CORONAVIRUS (COVID-2019), 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 de:

- Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal;
- Evitar tocar olhos, nariz ou boca;
- Lavar as mãos frequentemente com sabão e água, especialmente depois de tossir ou espirrar;
- Manter o ambiente ventilado;
- Ficar em isolamento domiciliar pelo tempo determinado neste termo.
- No caso de piora dos sintomas, entrar em contato com o Comitê de Enfrentamento ao COVID-19, através do telefone (033) 98802 7162.

Declaro ainda, que me responsabilizo a permanecer em isolamento domiciliar e afastado de minhas atividades profissionais pelo prazo de _____ a partir de _____.

Declaro, também, ter sido esclarecido sobre o artigo 268 do Código Penal Brasileiro: *“Infringir determinação do poder público, destinada a impedir introdução ou propagação de doença contagiosa. Pena – detenção, de um mês a um ano, e multa”*.

Assinatura do responsabilizado

Assinatura do profissional responsável