

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAIÓBEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SESA)
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

TERMO DE ISOLAMENTO/ RESPONSABILIDADE

Nome	
Documento (CPF ou RG)	
Endereço	
Situação Clínica	☐ Infecção por coronavírus (CID10 U07.1) OU ☐ Síndrome Gripal (CID10 J11)

Na qualidade de paciente/responsável legal sob os cuidados do profissional abaixo nomeado, declaro que fui informado sobre as normas para testagem para Covid-19 e obrigatoriedade de isolamento domiciliar integral (suspeita ou confirmação do vírus), conforme LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020. Tenho ciência que o não cumprimento do isolamento domiciliar pode gerar processo criminal conforme ART. 268 DO CÓDIGO PENAL – DECRETO – LEI Nº 2.848, DE 07 DE DEZEMBRO DE 1940. O isolamento integral corresponde a **10 dias a contar da data de início dos sintomas (dia 0)**:

Início de sintomas (dia 0)		Isolamento de 5 dias até	
-----------------------------------	--	---------------------------------	--

No **5º dia completo do início dos sintomas** caso eu esteja **sem febre** (sem utilizar medicamentos para febre) **há pelo menos 24 horas E sem sintomas respiratórios**, poderei suspender o isolamento. Nesse caso, **devo obrigatoriamente manter as seguintes medidas adicionais até o 10º dia completo do início dos sintomas**:

- Usar máscara bem ajustada ao rosto, preferencialmente cirúrgica ou PFF2/N95, em casa ou em público;
- Não viajar durante o período de isolamento;
- Não frequentar locais onde não possa usar máscara durante todo o tempo;
- Evitar contato com pessoas imunocomprometidas ou que possuam fatores de risco para agravamento da covid-19.

Me comprometo ainda a comunicar a unidade de saúde em que estou cadastrado a piora dos meus sintomas ou entrar em contato para esclarecer dúvidas. Bem como procurar a **unidade no dia e horário da testagem, conforme previsão do agendamento**:

Declaro ainda que meus contatos domiciliares (pessoas que residem na minha casa), não necessitam permanecer em quarentena, **desde que utilizem máscara pelo período de 10 dias contados a partir da data do último contato comigo**. Caso o meu contato domiciliar não possa utilizar máscara deverá permanecer em quarentena por 10 dias a partir do último contato comigo.

Taiobeiras, ____ de ____ de 2022

Assinatura do responsabilizado

Assinatura e carimbo do profissional assistente