



TERMO DE ORIENTAÇÃO E DECLARAÇÃO DE ISOLAMENTO DOMICILIAR

Atesto para os devidos fins que o paciente FRANCIELI L. DA R. FERREIRA , esteve em consulta médica no dia de hoje, sendo enquadrado conforme os critérios vigentes, como suspeita de infecção pelo COVID-19, devendo afastar-se de suas atividades com inicio em: 19/08/2021 e termino em: 24/08/2021, contados 10 (dez) dias do primeiro dia dos sintomas.

Neste periodo, o paciente assim como as pessoas que residem no mesmo domicilio, relacionadas neste documento, deverão manter-se em isolamento social, reclusas em sua residência.

Declaro que fui devidamente informado (a) pelo médico (a) Dr. (a) ZEUZO LIMA FERREIRA sobre a necessidade de 10 dias de isolamento domiciliar para minha pessoa e 14 dias para as pessoas que residem comigo no mesmo domicilio, contados a partir da data de inicio dos sintomas.

COVID-19: 2-29,0

Relação de conviventes no mesmo domicilio:

Table with 3 columns: NOME, DATA DE NASCIMENTO, GRAU DE PARENTESCO. Row 1: Gabriel L. Monteiro, 13/05-2005, filho.

Anular linhas em branco

Por ser verdade, firmo o presente

Assinatura do paciente ou responsável:

Assinatura do médico (carimbo / CRM):

Handwritten signature and official stamp of Dr. Zeuzo Lima Ferreira, CRM 28.849/PR