

ATESTADO MÉDICO  
TERMO DE ISOLAMENTO DOMICILIAR

Atesto para os devidos fins que o (a) paciente Dayane Aparecida Gue

CPF: 087.054.089-25 esteve em consulta médica na data de hoje, sendo enquadrado conforme os critérios vigentes, como caso suspeito de infecção pelo COVID-19, devendo afastar-se de suas atividades por seis ( 6 ) dias, no período de 27/08/2021 a 01/09/2021.

Neste período, o paciente assim como as pessoas que residem no mesmo domicílio, relacionadas neste documento, deverão manter-se em isolamento social, reclusas na residência, objetivando bloquear a cadeia de transmissão do vírus.

Declaro que fui informado pelo (a) médico (a) sobre a necessidade de 10 dias de isolamento domiciliar para minha pessoa e 14 dias para as pessoas que residem comigo no mesmo domicílio, contados a partir da data de início dos sintomas.

C.I.D 10: B34

Relação de conviventes no mesmo domicílio que deverão manter-se afastados de suas atividades por \_\_\_\_ dias a contar da data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021. Local de cumprimento da medida do Guia de Vigilância Epidemiológica do MS, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

meu sozinho

NOME	CPF	IDADE/ DT NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO

Anular linhas em branco.

Por ser verdade, firmo o presente

Londrina, 27 de agosto de 2021.

Assinatura do paciente ou responsável (se menor de idade)

Dra. Lorraine Alves de Souza  
MÉDICA  
CRM-PR 46.111

Assinatura / carimbo médico

UBS Guanabara  
Rua Montevideu, 605  
Tel. 3379-0801  
Referência COVID