



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAÇABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

TERMO DE DECLARAÇÃO DE ISOLAMENTO

Eu, Bo belly & lob comarço Schneider Post
RG n° _____, CPF n° 154 910 117 9-10, Nº 771
residente e domiciliado(a) na rua Luiz Zanfussi
bairro Santo Ingo, na cidade/estado _____

declaro que fui devidamente informado(a) pelo Dr (a) Karine de Oliveira sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido(a), bem como as pessoas que residem no mesmo endereço ou dos trabalhadores domésticos que exercem atividades no âmbito residencial, cc data de início em 06/08/2021, previsão de término em 13/08/2021.

Nome das pessoas que residem no mesmo endereço e que deverão cumprir medida de isolamento domiciliar no endereço supra- citado:

1. Comarço M Post
2. Luiz Zanfussi comarço Schneider
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Assinatura da pessoa sintomática: Comarço M Post

Data: 06/08/2021

KARINE DE OLIVEIRA

CRM-SC: 29010



Documento válido como atestado médico para pessoa sintomática (CID Z03.9/B34.2) e contactantes domiciliares (CID

Secretaria Municipal de Saúde. Av. XV de Novembro, 223, Centro-Joaçaba/SC. (49) 352