

MEDIDA DE ISOLAMENTO DOMICILIAR – INDICAÇÃO MÉDICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pessoa infectada com o novo coronavírus, assim como seus contatos pode transmiti-lo e, por isso, devem permanecer em isolamento domiciliar, visando à proteção da coletividade, conforme estabelecido na **Portaria Nº 156, de 11 de março de 2020 e Portaria nº 454, de 20 de março de 2020**, do Ministério da Saúde; **Portaria Conjunta nº20, de 18 de junho de 2020**, a qual prevê o afastamento dos contatos visando à prevenção, controle e mitigação dos riscos de transmissão da COVID-19 nos ambientes de trabalho, do Ministério da Saúde e do Ministério da Economia - Secretaria do Trabalho

Eu, **Heber dos Santos**, RG nº **82444602**, CPF: **037.987.669-83**, residente e domiciliado na **RUA Albatroz** Bairro Capela Velha, CEP 83.705-380, na cidade de Araucária, Estado PR, declaro que fui devidamente informado (a) pelo médico(a) Dr.(a): **Caio Leite Beltrao Frederico** em 20/01/2022, 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, com data de início **20/01/2022** previsão de término **29/01/2022**. Assumo o compromisso de permanecer em isolamento domiciliar durante o período citado acima e seguir as orientações sobre isolamento domiciliar listadas neste documento, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

> **Lei complementar municipal 23/2020, anexo II - item XLV** Descumprir qualquer norma legal, ou regulamentar ou ato emanado por autoridade sanitária destinada à prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, infração sanitária passível de multa de 500,00 a 5.000,00

> **Código Penal - Art. 268** "Infringe determinação do poder público, destinada a impedir introdução ou propagação de doença contagiosa, quem, de um mês a um ano, e multa" Parágrafo único - A pena é aumentada de um terço, se o agente é funcionário da saúde pública ou exerce a profissão de médico, farmacêutico, dentista ou enfermeiro

Nome das pessoas que residem no mesmo endereço, que também deverão cumprir a medida de isolamento domiciliar:

FABIANA ALMENDRO

ASSINATURA DA PESSOA SINTOMÁTICA OU RESPONSÁVEL:

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL:

O documento deve ser assinado pelo médico(a) agente de vigilância epidemiológica e pelo paciente.

Foram em anexo Orientação para famílias em isolamento domiciliar nº 11/2020

A Lei 13.979 de 8/02/2020 da Presidência da República estabelece em seu Artigo 3º parágrafo 3º "Será considerado falta justificada ao serviço público ou à atividade laboral privada o período de ausência decorrente das medidas previstas neste artigo", que inclui em seu inciso I a medida de isolamento

ORIENTAÇÕES SOBRE O ISOLAMENTO DOMICILIAR



ESTADO DO PARANÁ
MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o(a) cliente, abaixo identificado, necessita de afastamento de suas atividades laborais no período de **20/01/2022 a 29/01/2022**.

Cliente: **Heber dos Santos**

Carteira de identidade: 82444602

Acompanhante:

CID(s): J11 - Influenza (gripe) devida a vírus não identificado

Autorizo a divulgação e registro do diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado.

Assinatura do Cliente ou Responsável

Araucaria, 20 de Janeiro de 2022

Caio Frederico
Médico
CRM/PR 46442

Caio Leite Beltrão Frederico
CRM/PR 46442



2E90F72FE8

Consulte em:
araucaria.atende.net/saude
Data registro: 20/01/2022