



DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Termo de Notificação de Isolamento Domiciliar

Portaria Ministerial 454/2020

4º dia de sintomas

Eu Geovane Rodrigues de Souza CPF 017 078 839 42 residente na  
Rua/Av Silvia Klepner Bairro São Jorge, 04 no município de  
Herval d'Oeste, estado SC.

Declaro que fui devidamente informado(a) pelo(a) profissional de saúde Mauri Afonso Sileira  
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 em 20 de setembro de 2021, e previsão de término em 06 de outubro  
de 2021. O local de cumprimento da medida será no endereço residencial do paciente.

Declaro estar ciente de que uma pessoa infectada com o Coronavírus pode transmitir o vírus e que,  
após ser avaliado pela equipe de saúde, estou ciente de ser um **CASO SUSPEITO**, como nesse  
momento não há necessidade de internação hospitalar, devo permanecer em **ISOLAMENTO  
DOMICILIAR** até receber alta pela equipe de saúde. Declaro também, que cumprirei todas as  
recomendações referentes à transmissão da doença, que incluem:

- Manter distância mínima de 2 (dois) metros dos demais familiares;
- Não compartilhar alimentos, copos, talheres, chimarrão, toalhas e outros objetos de uso pessoal;
- O paciente deve ser isolado em ambiente privativo (quarto) com ventilação natural;
- Restringir as visitas;
- O acesso em domicílio deve ser restrito aos trabalhadores da saúde envolvidos no acompanhamento do caso;
- Evitar tocar olhos, nariz ou boca;
- Lavar as mãos várias vezes ao dia com sabonete e água e usar álcool gel a 70%, principalmente depois de tossir ou espirrar;
- Enquanto permanecer com sintomas respiratórios, usar máscara ao sair do seu quarto e trocar a máscara sempre que estiver úmida;
- Na ausência da máscara, proteger boca e nariz ao tossir ou espirrar com lenços descartáveis (ex.: papel higiênico, papel toalha, guardanapo ou lenço de papel);

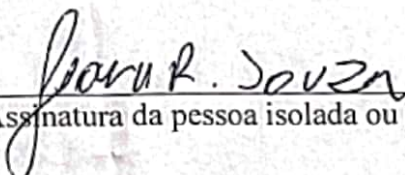


- Orientar todos os indivíduos próximos ou que entraram em contato com o paciente e que manifestarem sintomas respiratórios a procurarem imediatamente o serviço de saúde;
- Entrar em contato imediatamente com o serviço de saúde, caso algum contactante venha a apresentar sintomas respiratórios.
- Em caso de dúvidas entrarei em contato com o teleatendimento COVID-19 pelo telefone 3554-8258.

Declaro, ainda, ter ciência de que se descumprir as recomendações citadas acima, minha conduta configurará infração sanitária conforme o art. 10, VII, da Lei nº 6.437/77, e que responderei pelo fato em Processo Administrativo Sanitário. Também estou ciente de que o descumprimento deste Termo de compromisso configura crime previsto no art. 268 do Código Penal, que cita: Art. 268. Infringir determinação do poder público, destinada a impedir introdução ou propagação de doença contagiosa. Cientifico-me de que, por causa do descumprimento a tais medidas, eu possa vir a disseminar o vírus, causando epidemia, poderei responder pelo crime do art. 267 do CP: Art. 267. Causar epidemia, mediante a propagação de germes patogênicos.

**Ainda, estou ciente que foi gerada documentação evidenciada em sintomas ou contato com pessoas positivas para Covid-19, não sendo o isolamento passível de anulação, tampouco a recusa de coleta do exame.**

**Por fim, estarei passível a receber a visita da Polícia Militar e da Vigilância Sanitária Municipal nos dias informados nessa documentação para verificação de cumprimento do isolamento.**

  
Assinatura da pessoa isolada ou responsável.

  
Márcia Aparecida Silveira  
Médica  
CRM/SC 29602

Carimbo e Assinatura do profissional de saúde

Herval D'Oeste <sup>30</sup> de <sup>setembro</sup> de 2021.

Este documento é válido para afastamento do trabalho tanto do informante quanto dos contatos familiares.