

Eu Samuel Volnei Parenti Soares, portador do CPF/RG nº 09330149960 e do telefone 49 998235809, residente a Rua/Av Rua 31 De Marco, número 4 bairro Centro, município de Herval D'Oeste, estado SC.

Declaro que fui devidamente informado(a) pelo(a) médico(a)/ enfermeiro (a) Emídio Macedo Lemos Filho sobre a necessidade de isolamento a que de 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 inicio em 14 de 12 de 2022, e previsão de término em 21 de 12 de 2022. O local de cumprimento da medida se no endereço residencial do paciente.

Declaro estar ciente de que uma pessoa infectada com o Coronavírus pode transmitir o vírus enquanto apresentar sintomas respiratórios e que, após a avaliação pela equipe de saúde, estou ciente de ser um CASO SUSPEITO, e com a conclusão de que não há necessidade de internação hospitalar, de permanecer em ISOLAMENTO DOMICILIAR até receber alta pela equipe de saúde. Declaro também, que cumprirei todas as recomendações referentes transmissão da doença, que incluem:

- Manter distância mínima de 2 (dois) metros dos demais familiares;
- Não compartilhar alimentos, copos, talheres, chimarrão, linalhas 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;
- Sair de casa apenas em situações emergenciais, e sempre colocar máscara;
- 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 suja;
- 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 entrei em contato com o Centro de Triagem pelo fone: 49 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.

De acordo com a Nota Informativa do Ministério da Saúde/ Guia de Vigilância Epidemiológica Versão 4 (páginas 38 a 45), fica estabelecido:

- 1.0 O isolamento de caso confirmado para covid-19 pode ser suspenso no 5º dia do período, desde que o paciente esteja assintomático, sem febre e se uso de antitérmicos nas últimas 24h, além da realização de teste antígeno nasal ou RT- PCR com resultado não reagente/ não detectável.
- 2.0 O isolamento de caso confirmado para covid-19 pode ser suspenso no 7º dia do período, desde que o paciente esteja assintomático, sem febre e se uso de antitérmicos nas últimas 24h, SEM a necessidade de nova testagem.
- 3.0 No caso do paciente confirmado para covid-19 apresentar sintomas até o 5º dia do período, ou esteja fazendo uso de antitérmicos ou apresentar resultado reagente/ positivo em nova testagem, deverá cumprir os 10 dias de isolamento.

O paciente deve manifestar interesse nas possibilidades citadas acima, e entrar em contato com a vigilância epidemiológica covid do seu município.

Inda, 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 sintomática: _____

I: Z29
NDA: Risco de infecção [transmissão] relacionado com a natureza contagiosa do agente infeccioso.

imbo e Assinatura do médico/ enfermeiro:

Portaria M

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

Herval D'Oeste - SC, 14 de dezembro de 2022



Termo de Notificação de Isolamento Domiciliar

Eu Samuel Volnei Parenti Soares, portador do CPF/ RG nº 09330149960 e do telefone 49 998235809 , residente a Rua/Av Rua 31 De Marco, número bairro Centro, município de Herval D'Oeste, estado SC .
Declaro que fui devidamente intitulado(a) para assinar o documento. _____

Declaro que fui devidamente informado(a) pelo(a) médico(a)/ enfermeiro (a) Emidio Macedo Lemos Filho sobre a necessidade de isolamento a que 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 14 de 12 de 2022, e previsão de término em 21 de 12 de 2022. O local de cumprimento da medida é no endereço residencial do paciente.

Declaro estar ciente de que uma pessoa infectada com o Coronavírus pode transmitir o vírus enquanto apresentar sintomas respiratórios e que, após avaliado pela equipe de saúde, estou ciente de ser um CASO SUSPEITO, e com a conclusão de que não há necessidade de internação hospitalar, permanecer em ISOLAMENTO DOMICILIAR até receber alta pela equipe de saúde. Declaro também, que cumprerei 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;
 - Sair de casa apenas em situações emergenciais, e sempre colocar máscara;
 - 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);
 - Orientar todos os indivíduos próximos ou que entraram em contato com o paciente e que manifestarem sintomas respiratórios a procurar 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 entrerei em contato com o Centro de Triagem pelo fone: 49 3554 8258



Estado de Santa Catarina
Prefeitura Municipal de Herval d' Oeste-SC
Secretaria Municipal de Saúde

LAUDO DE TESTE RÁPIDO PARA COVID 19

DADOS DA INSTITUIÇÃO

NOME: ESF SANTO ANTONIO CNES: 2379775
ENDERECO: Travessa Aníbal da Silva – Herval d’Oeste – SC
TELEFONE: (49) 3554-0605

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Samuél Vélez Parenti Soares
DATA DE NASCIMENTO: 22/12/99 SEXO: () MASCULINO () FEMININO
MUNICÍPIO: HERVAL D’OESTE DATA DE COLETA DA AMOSTRA:

TESTE RÁPIDO SWAB NASAL PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO PARA SARS-CoV-2

Teste Rápido

Valor de Referência

Nome do Conjunto Diagnóstico: KIT DE Teste COVID 19 (TR SARS-COV- AG)
Biomanguinhos LOTE: 222KC015Z VALIDADE: 09/23

Não reagente

Amostra: Swab Nasal

Resultado do Teste: Positivo

Valor de referência: Não reagente

Limitações do teste:

Finalidade do teste:

1. Esse kit é destinado à detecção qualitativa de抗igenos virais do vírus Sars Cov 2, causador da Covid 19, em amostras de sw de nasofaringe de pacientes com suspeita de covid ou as que tiveram contato com pessoas infectadas.
2. Resultados negativos não excluem a possibilidade de infecção por Sars Cov 2, sendo assim, os resultados obtidos por este teste devem ser utilizados isolados, mas em conjunto com dados clínicos e epidemiológicos para conclusão do diagnóstico.
3. Em caso de incompatibilidade entre resultado do teste e dados clínicos do paciente, testes mais sensíveis como o RT-PCR devem ser utilizados para confirmação laboratorial da infecção por Sars Cov 2.

Responsável pela liberação do Exame:
(Carimbo com nº do Conselho de Classe e assinatura)

Hugo S.S. Pena

Data: 16/12/20

Dr Hugo S. S. Pena
MÉDICO
CRM-SC 1124

Dr Hugo S. S. Pena
MÉDICO
CRM-SC 1124



De acordo com a Nota Informativa do Ministério da Saúde/ Guia de Vigilância Epidemiológica Versão 4 (páginas 38 a 45), fica estabelecido:

- 1.0 O isolamento de caso confirmado para covid-19 pode ser suspenso no 5º dia do período, desde que o paciente esteja assintomático, sem febre e sem uso de antitérmicos nas últimas 24h, além da realização de teste抗原 nasal ou RT-PCR com resultado não reagente/ não detectável.
- 2.0 O isolamento de caso confirmado para covid-19 pode ser suspenso no 7º dia do período, desde que o paciente esteja assintomático, sem febre e sem uso de antitérmicos nas últimas 24h, SEM a necessidade de nova testagem.
- 3.0 No caso do paciente confirmado para covid-19 apresentar sintomas até o 5º dia do período, ou estando fazendo uso de antitérmicos ou apresente resultado reagente/ positivo em nova testagem, deverá cumprir os 10 dias de isolamento.

O paciente deve manifestar interesse nas possibilidades citadas acima, e entrar em contato com vigilância epidemiológica/ covid do seu município.

Contatos Domiciliares, se necessário:

1. Fiamma Parenti
2. _____
3. _____
4. _____

5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

- Sameril V.P. Soares

Assinatura da pessoa isolada ou responsável

Carimbo e Assinatura do profissional de saúde

Herval D'Oeste, 16 de Agosto 2022

Hugo S.S. Pinto

Dr Hugo S. S. Pinto
MEDICO
CRM SC 12299

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