



TERMO DE DECLARAÇÃO

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, residente e domiciliado na _____
Bairro _____, CEP _____ - _____, na cidade de _____,
Estado _____, declaro que fui devidamente informado(a) pelo médico(a) Dr.(a) _____
_____ 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 _____, previsão de término 14 dias a contar da data inicial, local de cumprimento da medida/residência.

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

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Assinatura da pessoa sintomática: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____: ____



TE-CIH-003
Termo de Declaração



Fonte: Portaria nº 454, 20 de março de 2020. Edição 55-F, Seção 1-Extra. Página 1. Diário Oficial da União (DOU) de 20 de março de 2020.

Termo	Controle de Infecção Hospitalar	Código: TE-CIH-003	Revisão/Ano: 00/20	Página/Total: 1/1
-------	---------------------------------	--------------------	--------------------	-------------------