



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA DE TIJUCAS
Secretaria Municipal de Saúde

NOTIFICAÇÃO DE ISOLAMENTO

(ESTA VIA DEVE SER ENTREGUE AO PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL)

O(A) Senhor(a) _____ está sendo notificado sobre a necessidade de adoção de medida sanitária de isolamento, bem como das pessoas que moram neste mesmo endereço. Essa medida é necessária, pois visa a prevenir a dispersão do vírus Covid-19. Data de início do isolamento: ____/____/____ previsão de término: ____/____/____.

Local de cumprimento da medida (domicílio/endereço): _____

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

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

Nome do profissional que realizou as orientações: _____

Função: _____ nº do conselho _____

Assinatura: _____

Eu, _____, RG nº _____,

declaro que fui devidamente informado(a) pelo profissional de saúde acima identificado sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido, bem como as possíveis consequências da sua **não realização**.

Local e data: TIJUCAS, ____/____/____ Hora: ____:____

Assinatura da pessoa notificada: _____

Ou nome e assinatura do responsável legal: _____

Dados do Responsável: _____ Grau de Parentesco: _____

Assinatura: _____ Identidade Nº: _____