

## 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 \_\_\_\_\_, local de cumprimento da medida \_\_\_\_\_. Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir medida de isolamento domiciliar:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Assinatura da pessoa sintomática:

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.