

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TELÊMACO BORBA**  
**ESTADO DO PARANÁ**  
**TERMO DE DECLARAÇÃO E CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_, Telefone \_\_\_\_\_, na cidade  
de Telêmaco Borba/PR, declaro que fui devidamente informado nesse serviço, sobre a necessidade de isolamento a  
que devo ser submetido (a), bem como as possíveis consequências (CIVIL, ADMINISTRATIVA e CRIMINAL) da sua não  
realização, assumindo o compromisso de permanecer em isolamento domiciliar e seguir as seguintes orientações:  
ambientes ventilados, **distanciamento dos demais familiares** e utilizar máscara nos momentos de convívio com outras  
pessoas, que deve ser o mínimo possível, evitar compartilhamento de objetos, higienizar frequentemente as mãos,  
manter a limpeza do ambiente e somente sair de casa no caso da necessidade de atendimento médico.

**Data de início:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Previsão de término:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (permanecer isolado nessa data).

Caso os sintomas ultrapassem 10 dias, ou o assintomático inicie sintomas, deverá procurar atendimento médico para  
avaliação e atestado complementar.

Local de cumprimento da medida: \_\_\_\_\_

As pessoas que residem no mesmo endereço ou tiveram contato próximo e não apresentem sintomas deverão cumprir  
medida de isolamento domiciliar por 10 dias a partir da data de emissão desse termo: **Previsão de término:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Os dados fornecidos a respeito dos meus contatos domiciliares são de responsabilidade do informante, que deve informar o nome de todos  
os residentes do mesmo domicílio, assinalando a veracidade e autenticidade das informações descritas, sob pena de responsabilização.

**NOTIFICAÇÃO DE ISOLAMENTO**

**O Sr.(a) está sendo notificado sobre a necessidade de adoção da medida sanitária de isolamento. Essa medida é  
necessária, pois visa a prevenir a dispersão do vírus Covid-19.**

Assinatura da pessoa sintomática (notificada): \_\_\_\_\_

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

Ou nome e Assinatura do responsável legal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo, Profissional de Saúde

\_\_\_\_\_  
Estabelecimento de Saúde

A Lei nº 13.979 de 06/02/2020 da Presidência da República estabelece em seu Artigo 3º parágrafo 3º "Será considerado falta justificada ao serviço  
público ou à atividade laboral privada o período de ausência decorrente das medidas previstas neste artigo", que inclui em seu inciso I a medida de  
isolamento.

Em recusa, assina as testemunhas:

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**ESTE TERMO É VÁLIDO PARA RESULTADOS LABORATORIAIS POSITIVOS E PARA SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS NO PERÍODO  
QUE AGUARDAM RESULTADO DE PCR. O LAUDO DO EXAME DEVE SER ANEXADO AO TERMO PARA O EMPREGADOR.**