



# DIVISÃO DE SAÚDE E VIG. SANITÁRIA DE ESPERANÇA NOVA - PR

## NOTIFICAÇÃO DE ISOLAMENTO DOMICILIAR

O(A) Senhor(a) está sendo notificado sobre a necessidade de adoção de medida sanitária de isolamento. Essa medida é necessária, pois visa a prevenção e disseminação do vírus COVID-19.

Data de Início:

Previsão de termino:

Fundamentação:

Local de cumprimento de medida (domicilio): \_\_\_\_\_

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

Nome do profissional da Secr. Municipal de Saúde de Esperança Nova:

Assinatura \_\_\_\_\_ Matricula \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente informado(a) pelo agente acima identificado sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido, bem como possíveis conseqüências de sua não realização.

OBS: esta notificação se estende a todos do domicilio.

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

Assinatura do Notificado ou F.responsável: \_\_\_\_\_