



## ATESTADO / TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ISOLAMENTO DOMICILIAR

Fonte: NOTA ORIENTATIVA SESA/PR Nº 40/2020. Atualizada, em 16/02/2022.

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, residente no endereço \_\_\_\_\_, município \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente informado(a) sobre a necessidade de realizar isolamento ou quarentena domiciliar. Declaro que estou ciente da Lei Federal 13.979/2020, que preconiza o isolamento domiciliar, como medida para evitar a transmissão do vírus, de pessoa suspeita ou confirmada com COVID-19 ou de contato próximo desta pessoa. Comprometo-me a seguir as orientações repassadas e assumo as consequências e responsabilidades da não realização, inclusive as penalidades legais. O isolamento domiciliar inicia na data de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ e termina em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ no endereço \_\_\_\_\_.

### ISOLAMENTO DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS:

- Paciente em consulta médica sem o teste positivo para COVID-19-isolar a partir da data da consulta por 7 dias.
- Paciente em consulta médica com teste positivo para COVID-19-isolar a partir da data da realização do teste.

### ALTA MÉDICA:

Será considerado alta médica, os pacientes ASSINTOMÁTICOS que não estejam em uso de medicamentos, 24 h antecedentes ao 7º dia.

Em situações em que, o resultado do teste seja posterior ao final do prazo de isolamento, o paciente deverá retornar a suas atividades após cumprir os dias de isolamento, desde de que não esteja com sintomas, conforme parágrafo anterior.

### PRORROGAÇÃO DO ISOLAMENTO:

Pacientes que apresentem SINTOMAS com 7 dias de isolamento, O ISOLAMENTO deve ser prorrogado por mais 3 dias, completando assim 10 dias de isolamento. Este termo tem a prerrogativa de estender por mais 3 dias o isolamento, caso o paciente ainda apresente sintomas respiratórios.

\*\*\* Atenção: a rede pública de saúde não realizará testes com finalidade de alta médica.

### QUARENTENA DE CONTATOS PRÓXIMOS

Com o intuito de interromper a cadeia de transmissão e assegurar a saúde das pessoas, declaro que convivem, no mesmo domicílio, os indivíduos abaixo indicados, as quais também deverão observar o isolamento prescrito:

NOME COMPLETO DOS CONTATOS PRÓXIMOS	IDADE	PARENTESCO

FICAM LIBERADOS DA QUARENTENA DOMICILIAR, aqueles que comprovarem:

1. Vacinação plena oficial, ou seja, 1ª e 2ª dose, dose adicional para imunocomprometidos, e dose de reforço, quando indicado para a faixa etária, respeitando o Calendário Municipal de Vacinação; ou
2. COVID-19 nos últimos 90 dias.

Observação: cabe ao paciente anexar, a este atestado/termo, os documentos comprobatórios, de vacinação atualizada ou de COVID-19 nos últimos 90 dias, dos contatos próximos.

\_\_\_\_\_  
Nome legível e assinatura do paciente ou seu responsável

\_\_\_\_\_  
Nome legível e assinatura do médico ou empregador

Se responsável: Nome \_\_\_\_\_  
RG OU CPF nº: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_