

## TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ISOLAMENTO DOMICILIAR

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
nome do paciente ou seu representante legal nacionalidade estado civil  
\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ e no RG nº \_\_\_\_\_  
profissão  
\_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) à \_\_\_\_\_  
endereço

\_\_\_\_\_, na qualidade de paciente/responsável legal sob os cuidados do profissional abaixo nomeado, declaro que fui informado acerca do isolamento domiciliar de acordo com a LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020, devido suspeita de NOVO CORONAVIRUS (COVID-2019), tendo ciência de seus benefícios e riscos, assim como das consequências e complicações decorrentes de sua não realização.

Me comprometo a desenvolver as orientações mencionadas, e assumo todas as consequências e responsabilidades da não realização:

- Não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal;
- Evitar tocar olhos, nariz ou boca;
- Lavar as mãos frequentemente com sabão e água, especialmente depois de tossir ou espirrar;
- Manter o ambiente ventilado;
- No caso de piora dos sintomas, entrar em contato com o profissional \_\_\_\_\_, através do telefone: \_\_\_\_\_.

Declaro ainda, que me responsabilizo a permanecer em isolamento domiciliar e afastado de minhas atividades profissionais pelo prazo de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do responsabilizado**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do profissional responsável**

