



Declaração COVID-19



Eu _____, RG nº _____,
CFP 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 _____,
com previsão de término _____, local de cumprimento da medida _____.

Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir a medida de isolamento domiciliar:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Data: _____ / _____ / _____

Hora: _____ : _____

Assinatura da pessoa sintomática

Assinatura e carimbo do médico(a) responsável