



## Declaração COVID-19

**Unimed** |   
Araraquara

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

Unimed de Araraquara – Cooperativa de Trabalho Médico  
Rua Carlos Gomes, 1943 – Centro – Araraquara-SP

**ANS - nº 364312**