

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE ISOLAMENTO**  
**(Casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19 e seus contatos)**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do  
trabalhador), RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_,  
residente no endereço \_\_\_\_\_  
município \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_,

declaro que fui devidamente informado sobre a necessidade de realizar isolamento domiciliar.

Declaro que estou ciente de que a Lei Federal 13.979/2020, em caso de suspeita ou confirmação da Covid-19, bem como contato com estes casos, preconiza o isolamento domiciliar para evitar a transmissão do vírus.

Comprometo-me a seguir as orientações que foram repassadas quanto ao isolamento domiciliar e assumo as consequências e responsabilidades da não realização, inclusive as penalidades legais, previstas no artigo 268 do Código Penal Brasileiro. O isolamento domiciliar inicia no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e termina em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ no endereço \_\_\_\_\_

Nome das pessoas que residem no mesmo domicílio

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_

Nome e assinatura da pessoa sintomática \_\_\_\_\_

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

Nome do profissional notificante: \_\_\_\_\_