



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NOTIFICAÇÃO DE ISOLAMENTO

O(A) senhor(a) está sendo notificado sobre a necessidade de adoção de medida sanitária de isolamento. Essa medida é necessária, pois visa a prevenir a dispersão do vírus **COVID-19**.

Data de início: ____/____/2020

Previsão de término: ____/____/2020

Fundamentação: _____

Local de cumprimento da medida (domicílio):

Local: _____

Data: ____/____/2020

Hora: ____h: ____min.

Nome do profissional da vigilância epidemiológica:

Assinatura _____ Matrícula: _____

Eu, _____, documento de identidade ou passaporte _____ declaro que fui devidamente informado(a) pelo agente da vigilância epidemiológica acima identificado sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

Assinatura da pessoa notificada
ou

Nome e assinatura do responsável legal