



## DIÁRIO OFICIAL ELETRÔNICO ATOS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA



### PARTE INTEGRANTE DO DECRETO MUNICIPAL Nº 430/2020

#### ANEXO I-A NOTIFICAÇÃO DE ISOLAMENTO DOMICILIAR – INDICAÇÃO MÉDICA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Versão 1 – 17/03/2020

#### MEDIDA DE ISOLAMENTO DOMICILIAR – INDICAÇÃO MÉDICA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Aplicabilidade:** Conforme recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, todos os casos confirmados\* ou suspeitos\* de infecção por coronavírus (COVID-19) devem permanecer em isolamento domiciliar (se não houver necessidade de internação hospitalar) durante 14 dias após o início dos sintomas.

Diante da atual situação mundial da pandemia do novo coronavírus (COVID-19), considerada uma emergência em saúde pública de importância internacional, é imprescindível a adoção de medidas de saúde pública para reduzir sua transmissão e proteger a saúde das pessoas, e portanto, é fundamental a participação e compromisso de todos. A pessoa infectada com o novo coronavírus pode transmiti-lo e, por isso, devem permanecer em isolamento domiciliar, visando a proteção da coletividade.

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente informado (a) pelo médico (a) \_\_\_\_\_ sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido, com data de início em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, previsão de término em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, local (endereço) de cumprimento da medida \_\_\_\_\_, bem como as possíveis consequências da sua não realização. Assumo o compromisso de permanecer em isolamento domiciliar durante o período citado acima e seguir as orientações sobre isolamento domiciliar, que constam na Orientação nº 13/2020 da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (anexo), ou outra que venha substituí-la.

*(Dados do familiar, no caso da impossibilidade do paciente assinar o termo)*

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Identidade Nº: \_\_\_\_\_

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

Expliquei o funcionamento da medida de saúde pública a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre riscos do não atendimento da medida, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado. Deverão ser seguidas as seguintes orientações:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome do médico: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_

\* caso suspeito ou confirmado: conforme critério de definição vigente da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

A Lei 13.979 de 5/02/2020 da Presidência da República estabelece em seu Artigo 3º parágrafo 3º "Será considerado falta justificada ao serviço público ou a atividade laboral privada o período de ausência decorrente das medidas previstas neste artigo", que inclui em seu inciso I a medida de isolamento.