



**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA BAIXADA FLUMINENSE –**  
**Coordenação de Gestão de Pessoas**  
**Coordenação de Recursos Humanos**  
**Chefia de Seção de Pessoal**

**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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Previsão de término: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fundamentação: \_\_\_\_\_

Local de cumprimento da medida (domicílio):

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

Nome do profissional da vigilância epidemiológica:

\_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,

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.

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

Assinatura da pessoa notificada: \_\_\_\_\_ ou,

Nome e assinatura do responsável legal: \_\_\_\_\_