



ESTADO DE ALAGOAS
MUNICÍPIO DE SÃO BRÁS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NOTIFICAÇÃO

Assunto: Reincidência

Prezado (a) Senhor (a)

Nome: _____

Tendo em vista que o exame realizado por V.Sa. para COVID – 19 testou positivo e considerando que em ____/____/_____, V.Sa. foi notificada e tomou ciência das determinações de isolamento e distanciamento social previstas nos decretos 69.844/2020 do Governo do Estado de Alagoas bem como no decreto Municipal 08/2020.

Considerando que, V.Sa. tem descumprido o que determina os decretos em tela, ratificamos que o descumprimento da medida sanitária de isolamento sujeitará o(a) infrator(a) a responder pelos crimes de desobediência e infração de medida sanitária preventiva, tipificados nos artigos 330 e 268, respectivamente, do código penal, sem prejuízo das demais sanções cabíveis, de modo que solicitamos o imediato isolamento e cumprimento de todas medidas sanitárias de imediato sob pena das sanções já mencionadas.

São Brás ____/____/2020

Servidor Nome por extenso: _____

Paciente _____

e/ou Responsável/grau de parentesco _____

Na recusa de assinatura da notificação de reincidência, fica estabelecido que 2(duas) testemunhas assinem.

Testemunhas:

1. _____ 2. _____

CPF N° _____ CPF N° _____