



ESTADO DE ALAGOAS
MUNICÍPIO DE SÃO BRÁS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**NOTIFICAÇÃO/ TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO DE PACIENTE.**

O MUNICÍPIO DE SÃO BRÁS, Estado de Alagoas, pessoa jurídica de direito público interno, CNPJ Nº 12.207.437/0001-80, através da Secretaria Municipal de Saúde, regulamenta as medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional em decorrência do coronavírus (Covid-9), **conforme Termo de consentimento livre e esclarecido de paciente Responsabilidade em notificação de isolamento obrigatório em razão de confirmação e/ou investigação de infecção por COVID-19.**

Eu, _____, CPF _____

_____, residente _____

_____ declaro que () fui diagnosticado /

() estou aguardando confirmação de estar infectado pelo novo COVID-19, tendo sido devidamente informado pelo (a) médico (a) ou enfermeiro (a) _____ da necessidade de manter-me em () isolamento / () quarentena, eu e meus domiciliados, com data de início em (_____) e data de término 14 dias depois (em _____), no seguinte local de cumprimento da medida:

_____.

Declaro também estar ciente das consequências legais de seu descumprimento:

Código Penal - Artigo 268: Infringir determinação do poder público, destinada a impedir introdução ou propagação de doença contagiosa: Pena - detenção, de um mês a um ano, e multa.

Lei 13.979/2020 - Art. 3º Para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, as autoridades poderão adotar, no âmbito de suas competências, dentre outras, as seguintes medidas. § 4º As pessoas deverão sujeitar-se ao cumprimento das medidas previstas neste artigo, e o descumprimento delas acarretará



**ESTADO DE ALAGOAS
MUNICÍPIO DE SÃO BRÁS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

responsabilização, nos termos previstos em lei.

Ministério da Saúde - Portaria 356/2020 - Art. 5º O descumprimento das medidas de isolamento e quarentena previstas nesta Portaria acarretará a responsabilização, nos termos previstos em lei. Parágrafo único. Caberá ao médico ou agente de vigilância epidemiológica informar à autoridade policial e Ministério Público sobre o descumprimento de que trata o caput.

Informo que tomei ciência da legislação supracitada que determina a obrigatoriedade do isolamento/quarentena.

Paciente _____

Domiciliados:

Responsável/grau de parentesco _____

Data _____ Horário _____ Eu, () médico / () enfermeiro

_____ atesto que dei ciência ao paciente e seus familiares da necessidade de cumprimento das medidas determinadas que visam proteger a saúde pública, advertindo-o das consequências legais do seu não atendimento, tais como a participação ao Ministério Público caso haja descumprimento dos termos aqui apresentados. Atesto ainda que o paciente encontra-se plenamente capaz de entender as advertências e orientações médicas aqui referidas.

Assinatura: _____

Data: _____ Nº registro profissional : _____

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

Testemunhas:

1. _____ 2. _____

CPF N° _____ CPF N° _____