FIDELIDADE
SEGUROS DESDE 1808

OMNIMED
SAÚDE E MEDICINA OCUPACIONAL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E ISOLAMENTO DOMICILIAR
TERM OF RESPONSIBILITY AND HOUSEHOLD ISOLATION

1 IDENTIFICAÇÃO / IDENTIFICATION

(PREENCHER NA CHEGADA / FILL IN ON ARRIVAL)

NOME / NAME _____

NACIONALIDADE / CITIZENSHIP _____

PASSAPORTE OU B.I. /PASSPORT _____ VÁLIDO ATÉ / EXPIRATION DATE D D M M A A A A

DATA NASCIMENTO / DATE OF BIRTH D D M M A A A A IDADE / AGE _____ SEXO/ GENDER ○ M ○ F

MORADA / ADDRESS _____

TELEFONE / CELLPHONE _____ EMAIL _____

2 DECLARAÇÃO / DECLARATION

(PREENCHER NA CHEGADA / FILL IN ON ARRIVAL)

DATA INÍCIO ISOLAMENTO SOCIAL / START DATE SOCIAL ISOLATION D D M M A A A A

DATA PROVÁVEL FIM DO ISOLAMENTO / PROBABLE DATE END OF ISOLATION D D M M A A A A

DECLARO QUE FUI INFORMADO SOBRE O ISOLAMENTO DOMICILIAR DE ACORDO COM O DECRETO PRESIDENCIAL Nº 212/20 DE 7 DE AGOSTO DE 2020, DIANTE DA SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DO COVID-19. TENDO EU CONHECIMENTO DAS CONSEQUÊNCIAS DO SEU INCUMPRIMENTO, RESPONSABILIZO-ME EM CUMPRIR AS ORIENTAÇÕES QUE SE ENCONTRAM DESCRITAS NO DECRETO E ASSUMIR AS CONSEQUÊNCIAS E RESPONSABILIDADES, INCLUSIVE AS PENALIZAÇÕES LEGAIS PREVISTA NO DECRETO 212/20, CASO VIOLE O ISOLAMENTO DOMICILIAR.

I DECLARE THAT I HAVE BEEN INFORMED ABOUT HOME ISOLATION ACCORDING TO PRESIDENTIAL DECREE No. 212/20 OF AUGUST 7, 2020, BEFORE THE SUSPICION OR CONFIRMATION OF COVID-19, HAVING KNOWLEDGE OF THE CONSEQUENCES QUESTIONS FOR YOUR FAILURE TO COMPLY. I AM RESPONSIBLE TO COMPLY WITH THE GUIDELINES DESCRIBED IN THE DECREE AND ASSUME THE CONSEQUENCES AND RESPONSIBILITIES, INCLUDING THE LEGAL PENALTIES PROVIDED FOR IN THE DECREE 212/20, IN CASE VIOLATES HOME ISOLATION.

_____
ASSINATURA UTENTE / USER SIGNATURE

3 RASTREIO / SCREENING

(PREENCHER AO FIM DO ISOLAMENTO / FILL AT THE END OF INSULATION)

DECLARO QUE REALIZEI O RASTREIO PARA SARS COV2 (CIVID-19) IgG/IgM, COM MINI-VIDAS NA UNIDADE SANITÁRIA CENTRO MÉDICO DE SAÚDE E TEVE COMO RESULTADO:

IgG POSITIVO / POSITIVE ○ NEGATIVO / NEGATIVE ○

IgM POSITIVO / POSITIVE ○ NEGATIVO / NEGATIVE ○

LOCAL DO CUMPRIMENTO DA MEDIDA: PLACE OF COMPLIANCE WITH THE MEASURE: _____

_____
ASSINATURA UTENTE / USER SIGNATURE

4 MÉDICO / PHYSICIAN

DECLARO QUE O CIDADÃO, CUMPRIU TODO O PROTOCOLO DE ISOLAMENTO DOMICILIAR TENDO TESTADO NEGATIVO PARA COVID-19, E ENCONTRA-SE APTO PARA SUBMETER O PROCESSO DE ALTA.

I DECLARE THAT THE CITIZEN HAS COMPLETED THE WHOLE FAMILY ISOLATION PROTOCOL, HAS A NEGATIVE FOR COVID-19, AND IS RELEASED.

NOME DO MÉDICO / PHYSICIAN _____

DATA / DATE D D M M A A A A LOCAL / PLACE _____

TELEFONE / CELLPHONE _____ OMNIMED _____

_____
ASSINATURA MÉDICO / PHYSICIAN SIGNATURE