**DECLARAÇÃO DE SALUBRIDADE**

**FINALIZAÇÃO DE PERÍODO DE ISOLAMENTO**

NOME DA CIDADE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

Declaramos para os devidos fins, e a quem possa interessar, que o (a) Sr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**CUMPRIU O PERÍODO DE ISOLAMENTO DOMICILIAR DENOMINADO “QUARENTENA”** em cumprimento à Lei Federal n° 13.979/2020, Decreto Estadual n° XXX/2020 (CASO TENHA) e Decreto Municipal XXX/2020 (CASO TENHA), que dispõem sobre medidas de enfrentamento da Emergência de Saúde Pública em decorrência da pandemia de Coronavírus (2019 nCov).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MÉDICA(O) |  | ENFERMEIRO(A) E COORDENADOR(A) DA AB |
|  |  |  |
| FISCAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA |  | SECRETÁRIO DA SAÚDE |