

## **DECRETO Nº 29.373**

**ALTERA A REDAÇÃO DO INCISO I DO § 1º DO ARTIGO 4º E INCLUI NOVOS INCISOS AO § 1º DO ARTIGO 4º DO DECRETO Nº 29.350, DE 18 DE MARÇO DE 2020 E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.**

O **PREFEITO MUNICIPAL DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM**, Estado do Espírito Santo, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pelo artigo 69 da Lei Orgânica do Município de Cachoeiro de Itapemirim,

### **RESOLVE:**

**Art. 1º** Alterar a redação do inciso I do § 1º do artigo 4º do Decreto 29.350, de 18 de março de 2020, que dispõe sobre as medidas prevenção e enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus (COVID-19) e dá outras providências, que passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 4º (...)

(...)

§ 1º (...)

*I - Os servidores que se enquadram em sintomas de estado gripal devem obrigatoriamente, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas da expedição do atestado médico, utilizar-se do aplicativo de multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz (WhatsApp), através do telefone de número 28 98814-3365, disponibilizado para este fim, enviar a fotografia do atestado médico, do termo de consentimento livre e esclarecimento e do termo de declaração, nos moldes dos Anexos I e II deste Decreto, e conter na mensagem o nome completo do servidor, cargo ocupado, secretaria em que estiver lotado e matrícula, a fim de comprovar o período de ausência do setor de trabalho."*

**Art. 2º** Incluir novos incisos ao § 1º do artigo 4º do Decreto 29.350, de 18 de março de 2020 que passar a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 4º (...)

(...)

§ 1º (...)

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL  
Nº 6038 de 31/03/2020



(...)

*IV – o isolamento domiciliar de que trata o caput do § 1º do artigo 4º deste Decreto, deverá ser adotado como, medida não-farmacológica, para os que moram no mesmo endereço residencial do servidor afastado de suas atividades laborativas, ainda que estejam assintomáticos, devendo permanecer em isolamento pelo período máximo de 14 (quatorze) dias, nos termos do art. 2º da Portaria Ministerial nº 454, de 20 de março de 2020, do Ministério da Saúde.*

*V – O atestado médico de isolamento deverá ser acompanhado dos seguintes documentos assinados pela pessoa assintomática:*

*a) Termo de consentimento livre e esclarecido de que trata o § 4º do art. 3º da Portaria nº 356/GM/MS, de 11 de março de 2020, nos termos do Anexo I;*

*b) Termo de declaração, contendo a relação das pessoas que residam no mesmo endereço, nos termos do Anexo II.*

*VI – O município poderá enviar, durante o período do afastamento informado pelo servidor, profissionais de Medicina e Segurança do Trabalho, inclusive com visita domiciliar, para acompanhar a evolução do tratamento e resguardar o cumprimento das normativas deste Decreto.”*

**Art. 3º** Este Decreto entra em vigor da data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Cachoeiro de Itapemirim, 30 de março de 2020.

**VICTOR DA SILVA COELHO**  
Prefeito Municipal

## ANEXO I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente informado(a) pelo médico(a)  
Dr.(a) \_\_\_\_\_ sobre a necessidade de  
\_\_\_\_\_ (isolamento ou quarentena) a que devo ser submetido, com data  
de início \_\_\_\_\_, previsão de término \_\_\_\_\_, local de cumprimento da  
medida \_\_\_\_\_, bem como as possíveis consequências da sua não realização.

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei ao servidor do funcionamento da medida de saúde pública a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre riscos do não atendimento da medida, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado. Deverão ser seguidas as seguintes orientações:

Nome do médico: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_



## ANEXO II

### TERMO DE DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente informado(a) pelo médico(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ sobre a necessidade de isolamento a que devo ser submetido(a), bem como as pessoas que residem no mesmo endereço, com data de início \_\_\_\_\_, previsão de término \_\_\_\_\_, local de cumprimento da medida \_\_\_\_\_.

Nome das pessoas que residem no mesmo endereço que deverão cumprir medida de isolamento domiciliar:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Assinatura da pessoa sintomática: \_\_\_\_\_

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

