



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
COMISSÃO DE CRIAÇÃO DO PROTOCOLO MÍNIMO DE ENFRENTAMENTO EM
CASOS DE ÓBITOS NO ÂMBITO DO DISTRITO FEDERAL

TERMO DE CIENCIA E RESPONSABILIDADE

Eu _____,
portador do CPF _____, RG _____, e-mail,
_____, telefone de contato _____,
residente e domiciliado em _____,
cidade _____ UF _____, responsável legal para o
reconhecimento de _____,
falecido em ____/____/____, na unidade de saúde _____

_____, **DECLARO** que recebi todas
as orientações necessárias e que estou ciente dos riscos de contaminação que estarei exposto
(a), ao entrar na unidade do paciente, que poderá estar infectada pelo vírus COVID-19, e me
RESPONSABILIZO a não estabelecer contato físico com o falecido, com as superfícies, os
pertences que estão em seu ambiente ou qualquer outro material que possa estar contaminado.
DECLARO ainda que fui orientado (a) e irei tomar todas as precauções de transmissão por
contato e por gotículas, e que recebi da unidade de saúde e utilizarei adequadamente o capote
descartável, luvas e máscara cirúrgica, que serão removidos, na sequência correta, descartados
imediatamente após o uso, no resíduo infectante e depois irei proceder à correta higienização
das mãos.

Brasília, ____ de ____ de ____.

VENTVRIS VENTIS

ASSINATURA