



FORMULÁRIO CORONAVÍRUS

Data: / /

Nome do Servidor:

Matrícula:

Setor de lotação:

Município:

Telefone para contato:

O telefone informado possui whatsapp? () Sim () Não

01. Você se enquadra em alguma condição abaixo:

- () Tenho mais de 60 anos
() Estou gestante ou lactante
() Sou hipertenso(a)
() Possuo doença crônica respiratória comprovada
() Possuo doença cardiovascular comprovada
() Realizei tratamento cirúrgico nos últimos 30 dias
() Outros: _____

02. Como você está se sentindo?

Bem () Mal ()

03. Faça uma autoavaliação do seu estado de saúde

- () Cansaço
() Corrimento nasal
() Dor de cabeça
() Dores pelo corpo
() Mal estar geral
() Dificuldade para respirar
() Dor de garganta
() Febre
() Tosse
() Congestão nasal

04. Esteve em contato próximo com alguém com caso suspeito de COVID-19 nos últimos 14 dias?

Sim () Não ()

05. Esteve em contato próximo com alguém com caso confirmado de COVID-19 nos últimos 14 dias?

Sim () Não ()

06. Esteve em outro país nos últimos 14 dias?

Sim () Não ()

O(a) Senhor(a) concorda e declara serem verdadeiras as informações aqui apresentadas? Sim Não

Para resposta "Sim", assine abaixo:

CPF:

Assinatura do chefe Imediato abaixo:

CPF: