



Triagem COVID-19

Identificação

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG ou CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Questionário

1) Teve contato com caso suspeito ou confirmado nos últimos 7 dias?

( ) Sim ( ) Não

2) Está com sintomas gripais?

( ) Sim ( ) febre ( ) tosse ( ) coriza ( ) dor de garganta ( ) dificuldade para respirar ( ) outro: \_\_\_\_\_ ( ) Não

3) Viajou nos últimos 15 dias? ( ) Sim.

Onde: \_\_\_\_\_ ( ) Não

4) Temperatura. \_\_\_\_\_

5) Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Termo de Responsabilidade Social

Eu \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_ residente e domiciliado à rua \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ na cidade de \_\_\_\_\_, assumo inteira responsabilidade pelas informações acima prestadas. Declaro a veracidade dos dados repassados, estando ciente de que a falsidade dos mesmos implicará em penalidades cabíveis.

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

Organização:



Apoio:



Promoção:



Realização:

