



Triagem COVID-19

Termo de Responsabilidade Social

1) Teve contato com algum familiar ou pessoa próxima testada positiva para Covid-19 nos últimos 14 dias?

() Sim () Não

2) Em algum momento durante a Pandemia você testou positivo para Covid-19? Se sim qual foi o diagnóstico? Qual a data de realização do exame?

() Sim Diagnóstico: _____ Data do exame: _____

() Não

3) Está com sintomas gripais?

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

4) Viajou nos últimos 15 dias? () Sim. Para Onde? _____

() Não

5) Temperatura. _____

6) Observações: _____

Identificação

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:

