

## FICHA CADASTRAL COVID-19



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

Igreja: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

### Você apresentou algum dos seguintes sintomas nas últimas 24 horas?

1. **Febre?**  
☐ Sim      ☐ Não
2. **Tosse Seca?**  
☐ Sim      ☐ Não
3. **Cansaço?**  
☐ Sim      ☐ Não
4. **Dor de garganta?**  
☐ Sim      ☐ Não
5. **Diarréia?**  
☐ Sim      ☐ Não
6. **Coriza?**  
☐ Sim      ☐ Não
7. **Dor de Cabeça?**  
☐ Sim      ☐ Não
8. **Perda de olfato e/ou paladar ?**  
☐ Sim      ☐ Não
9. **Erupção Cutânea da Pele ou Descoloração dos dedos das Mãos ou Pés ?**  
☐ Sim      ☐ Não
10. **Dores ou Desconfortos?**  
☐ Sim      ☐ Não

Outras informações:
