

Nome: _____ D.Nasc: ____/____/____

Nome da mãe: _____

CPF: _____ Tel: (____) _____ Início dos sintomas: ____/____/____

Profissão: _____ Sexo: (____) Feminino (____) Masculino

Cor/Raça: (____) Branca (____) Preta (____) Parda (____) Indígena (____) Amarela (____) Ignorado

End.: _____ Nº: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____

Sintomas: (____) Febre (____) Dor de garganta (____) Dor de cabeça (____) Dispneia

(____) Perda do paladar (____) Perda do olfato (____) Coriza (____) Tosse (____) Assintomático

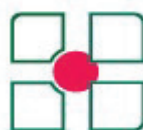
Outros: _____

Condições de saúde:

(____) Doenças respiratórias crônicas (____) Doenças renais crônicas (____) Diabetes (____) Gestante

(____) Doenças cardíacas crônicas (____) Puérpera (até 45 dias após o parto) (____) Obesidade

(____) Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade (____) Imunossupressão



Nome: _____ D.Nasc: ____/____/____

Nome da mãe: _____

CPF: _____ Tel: (____) _____ Início dos sintomas: ____/____/____

Profissão: _____ Sexo: (____) Feminino (____) Masculino

Cor/Raça: (____) Branca (____) Preta (____) Parda (____) Indígena (____) Amarela (____) Ignorado

End.: _____ Nº: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____

Sintomas: (____) Febre (____) Dor de garganta (____) Dor de cabeça (____) Dispneia

(____) Perda do paladar (____) Perda do olfato (____) Coriza (____) Tosse (____) Assintomático

Outros: _____

Condições de saúde:

(____) Doenças respiratórias crônicas (____) Doenças renais crônicas (____) Diabetes (____) Gestante

(____) Doenças cardíacas crônicas (____) Puérpera (até 45 dias após o parto) (____) Obesidade

(____) Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade (____) Imunossupressão