

**QUESTIONÁRIO**

NOME: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
TELEFONE: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**HISTÓRICO**

- 1) Tem algum problema de saúde? ( ) Não ( ) Sim Qual?  
\_\_\_\_\_
- 2) Está realizando algum tratamento médico? ( ) Não ( ) Sim Qual?  
\_\_\_\_\_
- 3) Hipertenso? ( ) Não ( ) Sim
- 4) Diabetes? ( ) Não ( ) Sim
- 5) Doenças do coração? ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_
- 6) Possui algum problema respiratório? ( ) Não ( ) Sim Qual?  
\_\_\_\_\_
- 7) Mulher: está grávida? De quantos meses? \_\_\_\_\_
- 8) Teve febre nos últimos 15 dias ou está com febre? \_\_\_\_\_
- 9) Sentiu falta de ar nos últimos 15 dias? \_\_\_\_\_
- 10) Teve contato com algum portador de COVID-19 nos últimos 15 dias? ( ) Não ( )  
Sim Quando? \_\_\_\_\_

**Termo de Responsabilidade**

Eu \_\_\_\_\_ estou ciente de todas as medidas a serem tomadas para prevenção da COVID-19, declaro serem verdadeiras as afirmações acima declaradas, assumo total responsabilidade por qualquer omissão ou erro nas mesmas.

Declaro ainda, que me foram passadas todas as informações constantes nos protocolos de retorno das atividades da empresa (CFC/Entidade ou Instituição \_\_\_\_\_), os quais se encontram afixados em local visível na recepção com as páginas em ordem sequencial de demonstração, dispensando o manuseio.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 2020

**Assinatura**