

DECLARAÇÃO DE SAÚDE COVID-19 TRIPULANTE/EXTRA ROL (INDIVIDUAL)



NOME:	
IDENTIDADE:	
IDADE:	

QUESTIONÁRIO

1. Apresenta febre?	SIM	NÃO
2. Apresenta pelo menos um dos sinais ou sintomas a seguir: tosse, dificuldade para respirar, produção de escarro, congestão nasal, dor de garganta, coriza.	SIM	NÃO
3. Tem histórico de viagem para país com transmissão sustentada OU área com transmissão local nos últimos 14 dias? (China, Itália, Irã, Espanha, França, Coreia do Sul e Japão)	SIM	NÃO
4. Tem histórico de contato com caso suspeito ou confirmado para COVID-19 nos últimos 14 dias?	SIM	NÃO
5. Está em tratamento para outra doença? Caso positivo, qual? _____	SIM	NÃO

_____, _____, _____, 2020

Local

Data

(assinatura do declarante)