

# DECLARAÇÃO DE SAÚDE COVID-19 TRIPULAÇÃO MARÍTIMA E EXTRA ROL



N.	NOME	DOC. IDENTIFICAÇÃO	IDADE
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

## QUESTIONÁRIO SUBMETIDO AO PESSOAL ACIMA INDICADO

1. Apresenta febre?	SIM	NÃO
2. Apresenta pelo menos um dos sinais ou seguintes sintomas: 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?	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

\_\_\_\_\_  
Representante da Empresa de Navegação