



Prefeitura Municipal de Itararé

ANEXO ÚNICO

ENTREVISTA SANITÁRIA

DADOS PESSOAIS

Data: ___/___/2020 | Horário: ___:___

NOME COMPLETO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ CPF: _____

TELEFONE PARA LIGAÇÃO: (___) _____

WHATSAPP: (___) _____

SEXO: () MASCULINO () FEMININO

ENDEREÇO RESIDENCIAL (INCLUA O ENDEREÇO, NÚMERO, BAIRRO, CEP, MUNICÍPIO E ESTADO):

ENDEREÇO DE DESTINO (INCLUA O ENDEREÇO, NÚMERO, BAIRRO, MUNICÍPIO E ESTADO):

MOTIVO DA VIAGEM: () TRABALHO () LAZER () FAMILIAR () OUTROS _____

PERMANECERÁ EM ITARARÉ? () SIM () NÃO

SE SIM, POR QUANTO TEMPO? _____

ONDE FICARÁ HOSPEDADO? () HOTEL () FAMILIARES () OUTROS _____

NOS ÚLTIMOS 15 DIAS, VOCÊ APRESENTOU:

GRIPE? () SIM () NÃO

NÃO TOSSE SECA? () SIM () NÃO

DOR DE GARGANTA? () SIM () NÃO

FEBRE? () SIM () NÃO

FALTA DE AR? () SIM () NÃO

CONFIRMAÇÃO POSITIVA PARA COVID-19? () SIM () NÃO

TEVE CONTATO COM ALGUÉM ATESTADO POSITIVO PARA COVID-19? () SIM () NÃO

TEMPERATURA: _____ °C ← CAMPO PARA PREENCHIMENTO DA AUTORIDADE SANITÁRIA

Assinatura do declarante: _____

Assinatura do agente sanitário: _____