



ESTADO DE ALAGOAS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

# NOVO CORONAVÍRUS

DATA :

## INFORMAÇÕES

NOME :

PLACA DO VEICULO:

CPF:

ENDEREÇO:

CONTATO:

E-MAIL:

ORIGEM

DESTINO

UF:

## INFORMAÇÕES CLÍNICAS

### VOCÊ TEM ALGUM DESSES SINTOMAS?

Febre	
Tosse	
Dor de garganta	
Dificuldade de respirar	
Diarreia	
Náusea/vômitos	
Cefaleia (dor de cabeça)	
Coriza	
Irritabilidade/confusão	
Adinamia (fraqueza)	
Olhos avermelhados	
Outros	
Não tenho nenhum dos sintomas listados	

Teve contato próximo com uma pessoa que seja caso suspeito ou confirmado de Novo Coronavírus (COVID - 19)?

SIM

NÃO