

## Anexo II

### QUESTIONÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

1. O Sr(a) possui conhecimentos relacionados aos aspectos de transmissão da COVID-19?  
( ) Sim ( ) Não
2. O Sr(a) assume a qualquer responsabilidade caso venha a se contaminar pelo novo Coronavírus no Município de São Lourenço?  
( ) Sim ( ) Não
3. O Sr(a) está ciente que em caso de infecção pelo novo Coronavírus ou agravamento de um estágio subclínico da COVID-19, pode não haver leito no município para seu devido atendimento?  
( ) Sim ( ) Não
4. O Sr(a) apresenta neste momento ou nos últimos 15 dias algum dos sintomas abaixo, relacionados à COVID-19?  

Dor de garganta	( ) Sim	( ) Não
Febre	( ) Sim	( ) Não
Tosse	( ) Sim	( ) Não
Dor no Corpo	( ) Sim	( ) Não
Perda do Olfato	( ) Sim	( ) Não
Perda do Paladar	( ) Sim	( ) Não
Diarréia	( ) Sim	( ) Não
Falta de Ar	( ) Sim	( ) Não
5. O Sr(a) possui familiares ou manteve contato com pessoas diagnosticadas com a COVID-19 nos últimos 15 dias?  
( ) Sim ( ) Não
6. O Sr(a) possui familiares ou manteve contato com pessoas apresentando um dos sintomas acima nos últimos 15 dias?  
( ) Sim ( ) Não
7. O Sr(a) esteve de passagem em áreas metropolitanas, consideradas zonas de risco da COVID-19 nos últimos 15 dias?  
( ) Sim ( ) Não
8. Informe a Cidade e o Estado em que reside atualmente:\_\_\_\_\_.

**Pelo presente, declaro verídicas as informações prestadas, e estou ciente dos riscos relacionados à infecção pelo SARS-COV 2, causador da COVID-19.**

São Lourenço \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA**