



MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO

Secretaria de Saúde
Departamento de Vigilância em Saúde
Divisão de Vigilância Sanitária

Rua Xavantes, 411, Centro • CEP 85.501-220 • Pato Branco • PR • 46 3213-1720
visa@patobranco.pr.gov.br www.patobranco.pr.gov.br

Anexo II

DECLARAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE					
Deve ser emitida por todos os trabalhadores, no dia do evento, e ficar sob responsabilidade do organizador					
1. DADOS PESSOAIS					
1.1 NOME			1.2 CPF		
1.3 ENDEREÇO (RUA, Nº)		1.4 BAIRRO		MUNICÍPIO/UF	
2. DADOS SOBRE SINAIS/SINTOMAS					
S	N	SINTOMAS		S	N
		Febre	T°:	Cefaléia (dor de cabeça)	
		Tosse		Coriza	
		Dor de garganta		Congestão Nasal	
		Dificuldade de respirar		Adinamia (fraqueza)	
		Dor no peito		Calafrios	
		Diarreia		Perda de Olfato	
		Náusea/Vômito		Perda de Paladar	
Outros (citar)					
3. DADOS SOBRE EXPOSIÇÃO					
3.1 Precitou de atendimento médico nos últimos 14 dias			Sim	Não	
3.2 Teve contato com pessoas suspeita/confirmada com Covid-19			Sim	Não	
3.2 Histórico de viagens nos últimos 14 dias			Sim	Não	
3.2.3 Destinos					
3. DADOS SOBRE DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA					
Declaro ter respondido as perguntas formuladas por estar ciente de que se trata de uma medida de saúde pública para o enfrentamento da pandemia da Covid-19 a fim de evitar uma possível contaminação/disseminação do novo coronavírus causador da doença.					
Declaro também que todas as informações prestadas neste formulário são verdadeira, pelas quais me responsabilizo.					
Pato Branco, ____ / ____ / ____					
_____ Assinatura do declarante					