



A N E X O I
FORMULÁRIO DE SAÚDE
DECRETO Nº8.053/2020

NOME DO HÓSPEDE:

DATA DE CHECK IN:

HOTEL/ POUSSADA:

CHECK OUT:

ENDEREÇO E CIDADE DE ORIGEM:

TELEFONE:

VIAJOU NOS ÚLTIMOS DIAS? () SIM () NÃO

SE SIM, PARA QUAL LOCALIDADE: _____

NOS ÚLTIMOS 3 DIAS APRESENTOU ALGUM DESSES SINTOMAS?

() FEBRE () TOSSE () DOR DE GARGANTA () DIFICULDADE PARA RESPIRAR ()
DIARREIA

TEVE CONTATO COM CASO SUSPEITO DE CORONAVÍRUS?

() SIM () NÃO

➤ **TODO HÓSPEDE QUE APRESENTAR SINTOMAS GRIPAIS DEVERÃO SER INFORMADOS:**

- **DURANTE A SEMANA:** DIRETORIA MUNICIPAL DE SAÚDE ATRAVÉS DO TELEFONE: 3465-4590
- **FINS DE SEMANA E FERIADOS:** PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL ATRAVÉS DO TELEFONE: 3465-4412

Assinatura