



**Questionário Médico Covid-19 | Termo de Responsabilidade**  
*Atenção – obrigatório levar impresso e assinado para retirada de kit:*

**EVENTO:** \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) / M ( )

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Responda com veracidade as perguntas abaixo:

• Você já teve Covid-19? Sim ( ) / Não ( ) | Caso tenha respondido sim, quando?

\_\_\_\_\_

• Você já tomou a vacina? Sim ( ) / Não ( ) | Caso tenha respondido sim, qual?

1. Você esteve a menos de 2m de uma pessoa positiva para Covid-19 por pelo menos 15 minutos ou teve contato direto com secreção infecciosa (saliva, gotícula de tosse) nos últimos 3 dias?

Sim ( ) / Não ( )

2. Nos últimos 3 dias, você apresentou algum desses sintomas?

( ) Febre maior ou igual a 37,8

( ) Calafrios ou tremores

( ) Dor muscular

( ) Perda de olfato ou paladar

( ) Náusea, vômito ou diarreia

( ) Dor de cabeça crônica

( ) Nenhum dos sintomas

3. Nos últimos 14 dias, você apresentou algum desses sintomas?

( ) Tosse

( ) Dificuldade para respirar

( ) Nenhum dos sintomas

Caso tenha respondido sim para a 1ª pergunta e apresentado mais de dois sintomas na 2ª e 3ª pergunta, fique em casa, mantenha as medidas de prevenção e se apresentar novos sintomas, busque atendimento médico!

Declaro para os devidos fins de direito que:

1. Estou ciente que se trata de uma corrida com distância de: \_\_\_\_\_

2. Estou ciente que devo usar obrigatoriamente a máscara na concentração, largada e imediatamente após a chegada da prova.

3. Comprometo-me a higienizar as minhas mãos com frequência, manter o distanciamento social de no mínimo 2m entre os participantes e organizadores.

4. Afirmando que não tive contato nos últimos 14 dias com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19.

Assinatura do Responsável

\_\_\_\_\_