



Questionário Médico Covid-19 | Termo de Responsabilidade

Atenção – obrigatório levar impresso e assinado para retirada de kit:

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

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

Assinatura do Responsável
