



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

Assinatura do Responsável:
