

FICHA DE CONTROLE BARREIRA SANITÁRIA**RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:****DATA DO PREENCHIMENTO:**

Identificação do transporte		
Tipo de transporte: Van () Ônibus () carro de passeio ()		
Quantidade de passageiros:		
Número de identificação:		
Município de partida:	destino final:	Horário:

NOME:		
DN:	CPF:	TELEFONE:
ENDEREÇO:		
BAIRRO:	Nº	RUA:
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:		
MUNICÍPIO DE EMBARQUE:		
Retornou ou teve contato com alguém que visitou outros países? SIM () Qual?		NÃO ()
Teve contato com alguém suspeito ou que foi diagnosticado com COVID-19? SIM ()		NÃO ()
Apresentou febre nos últimos 14 dias? SIM () NÃO () Temperatura atual:		
Apresentou febre no momento da chegada? SIM () NÃO ()		
Apresentou tosse nos últimos 14 dias? SIM () NÃO ()		
Está sentindo algum outro sintoma de gripe? SIM () NÃO () Qual?		

NOME:		
DN:	CPF:	TELEFONE:
ENDEREÇO:		
BAIRRO:	Nº	RUA:
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:		
MUNICÍPIO DE EMBARQUE:		
Retornou ou teve contato com alguém que visitou outros países? SIM () Qual?		NÃO ()
Teve contato com alguém suspeito ou que foi diagnosticado com COVID-19? SIM ()		NÃO ()
Apresentou febre nos últimos 14 dias? SIM () NÃO () Temperatura atual:		
Apresentou febre no momento da chegada? SIM () NÃO ()		
Apresentou tosse nos últimos 14 dias? SIM () NÃO ()		
Está sentindo algum outro sintoma de gripe? SIM () NÃO () Qual?		

NOME:		
DN:	CPF:	TELEFONE:
ENDEREÇO:		
BAIRRO:	Nº	RUA:
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:		
MUNICÍPIO DE EMBARQUE:		
Retornou ou teve contato com alguém que visitou outros países? SIM () Qual?		NÃO ()
Teve contato com alguém suspeito ou que foi diagnosticado com COVID-19? SIM ()		NÃO ()
Apresentou febre nos últimos 14 dias? SIM () NÃO () Temperatura atual:		
Apresentou febre no momento da chegada? SIM () NÃO ()		

SECRETARIA DE
SAÚDE



UNIÃO
DOS PALMARES
PREFEITURA

Apresentou tosse nos últimos 14 dias? SIM () NÃO ()

Está sentindo algum outro sintoma de gripe? SIM () NÃO () Qual?