



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR

ANEXO II

QUESTIONÁRIO AUTO DECLARATÓRIO PARA AVALIAÇÃO DIÁRIA

MÊS / ANO:

CENTRO DE CUSTO:	LOTAÇÃO:	
MATRÍCULA:	NOME:	DT. NASCIMENTO:

Preencha com Sim (S) ou Não (N).

DIAS DE TRABALHO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Febre?																
Calafrios?																
Falta de ar/cansaço?																
Irritação, coceira ou dor de garganta?																
Tosse?																
Crise de asma, bronquite e/ou rinite?																
Dor de cabeça?																
Dor no corpo?																
Diarréia (por motivo desconhecido)?																
Perda de olfato e/ou paladar?																
Teve contato com alguma pessoa sintomática ou com teste positivo para COVID-19?																

DIAS DE TRABALHO	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Febre?															
Calafrios?															
Falta de ar/cansaço?															
Irritação, coceira ou dor de garganta?															
Tosse?															
Crise de asma, bronquite e/ou rinite?															
Dor de cabeça?															
Dor no corpo?															
Diarréia (por motivo desconhecido)?															
Perda de olfato e/ou paladar?															
Teve contato com alguma pessoa sintomática ou com teste positivo para COVID-19?															

As informações são autodeclaradas e o servidor é responsável pela veracidade das mesmas.