



MPSE

Ministério Público de Sergipe

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Data: ____/____/____

Nome:	
Data de nascimento:	Idade:
Município de Residência:	

Presença de sinais ou sintomas de doença de interesse em saúde pública:

Estágio 1	
Dor de garganta	() Sim () Não
Anosmia ou ageusia (perda do paladar)	() Sim () Não
Anorexia (perda do apetite)	() Sim () Não
Diarreia leve	() Sim () Não
Dor abdominal	() Sim () Não
Febre	() Sim () Não
Fadiga	() Sim () Não
Dores musculares	() Sim () Não
Tosse seca	() Sim () Não
Tosse produtiva	() Sim () Não
Cefaléia	() Sim () Não
Calafrio	() Sim () Não
Mialgia (dor muscular)	() Sim () Não
Conjuntivite	() Sim () Não
Estágio 2	
Dispneia (dificuldade para respirar)	() Sim () Não
Dor torácica	() Sim () Não
Estágio 3	
Pressão persistente de tórax	() Sim () Não
Coloração azulada dos lábios ou rosto	() Sim () Não

Declaro que, em caso de aparecimento de sintomas, buscarei atendimento médico e informarei ao responsável pelo setor.

Contato para casos de emergência:

Nome: _____ Telefone: _____

Assinatura