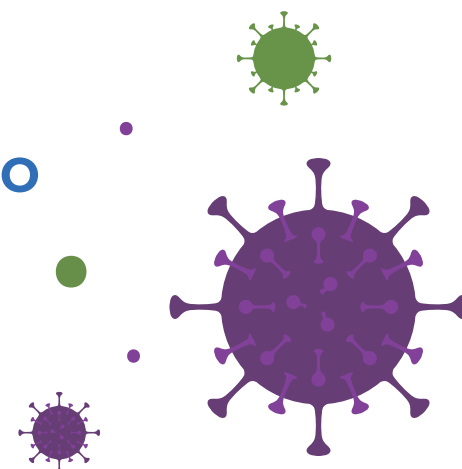




1. VOCÊ ESTÁ OU ESTEVE COM DOIS OU MAIS DESSES SINTOMAS NOS ÚLTIMOS 14 DIAS?

- | | |
|---|---|
| ☐ coriza | ☐ alteração de olfato ou paladar |
| ☐ dor de garganta | ☐ dor de cabeça |
| ☐ espirro | ☐ dores no corpo |
| ☐ tosse | ☐ cansaço extremo |
| ☐ febre (37,8°C ou mais) | ☐ náusea |
| ☐ falta de ar | ☐ diarreia |
| ☐ calafrios | |



2. TEVE CONTATO PRÓXIMO COM CASO CONFIRMADO PARA COVID-19 NOS ÚLTIMOS 14 DIAS?

☐ sim ☐ não

MORADOR DA CEU CAMPUS SEDE:

Se a resposta for sim para qualquer uma delas, procure ajuda através dos telefones do **Saúde da Casa** (55) 9 9188 0393 ou (55) 9 9147 2757, ou ainda através do “**Disque Covid UFSM**” (55) 3220-8500 e 3213-1800.

