**Solicitação de Exame RT-PCR COVID-19**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome completo: |    |   |
| Está em trabalho | (    ) presencial integral | (    ) escala de revezamento |  |
| Foi vacinado contra a COVID-19 ? | (    ) NÃO | (    ) SIM      1ª Dose (    )      2ª Dose (    )      Dose de reforço (    ) |   |
| Teve contato com caso confirmado de COVID-19? | (    ) NÃO | (    ) SIM Data do último contato:  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_  |   |
| Sintomas: | (    ) NÃO | (    ) SIM  Quais:    Aparecimento do primeiro sintoma em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_  |   |
| CPF: |   |   |
| RG: |   |   |
| Data de nascimento: |   |   |
| Celular: |   |   |
| Ramal: |   |   |
| **Estou ciente e concordo que:**O Laboratório fornecerá *login* e senha individual para acesso ao resultado que será fornecido ao paciente no prazo de 48h após a coleta do teste.O laboratório também enviará o resultado do exame para a CGGP da CAPES. |   |