**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. | | |  |