

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AGENDAMENTO DE EXAME DIAGNÓSTICO DA COVID-19 PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE E SEGURANÇA PÚBLICA

Requeiro o agendamento para:

- a) Profissional de Saúde ()
- b) Profissional de Segurança Pública ()
- c) Contactante / Familiar () *colocar os dados do profissional

NOME COMPLETO DO SERVIDOR	CPF	MATRÍCULA	DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS	CARGO/FUNÇÃO	LOTAÇÃO	TIPO DE VÍNCULO

*no caso de familiar de servidor deve-se colocar os dados do servidor e do familiar, no cargo/função deve-se colocar "familiar".

*Tipo de vínculo: estatutário; CTD; Cargo Comissionado; Terceirizado.

Observações:

Teste molecular (RT-PCR em tempo real), indicação:

Em caso de profissional de saúde, que não se enquadre na definição de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e esteja, **preferencialmente, até o sétimo dia do início dos sintomas** (podendo ser até o décimo dia, se o profissional ainda estiver sintomático).

Teste rápido sorológico, indicação:

Deverá ser realizado com no mínimo 7 dias completos desde o início dos sintomas respiratórios e no mínimo 72 horas após o desaparecimento dos sintomas.

O teste rápido sorológico deve ser realizado em:

- a) Profissionais de saúde;
- b) Profissionais de Segurança Pública em Atividade;
- c) Contato domiciliar de profissional de saúde ou de Segurança Pública em atividade;

E-mail da chefia imediata: _____

Recife, _____ de _____ de 2020.

Assinatura da chefia imediata do servidor