**EXAME DE SUABE NASAL PARA COVID-19**

(PANDEMIA COVID-19)

A Policlínica da PCDF atesta que o(a) servidor(a)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Clique | | | | , matrícula |
| Clique | , lotado(a) no(a) | Clique | , compareceu nesta | |

Policlínica para coleta de exame Teste Rápido (**Imuno-Rápido COVID-19 Ag**) Suabe Nasal **no período** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

De acordo com o artigo 2º da Portaria 25 – DGPC/PCDF, de 18 de março de 2020 e suas alterações (Portaria DGPC/PCDF 151/2021), **O SERVIDOR DEVERÁ PROCURAR ATENDIMENTO MÉDICO**.

|  |
| --- |
| Com resultado do Teste Rápido (**Imuno-Rápido COVID-19 Ag**):  ( ) **POSITIVO** **Lote**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( ) **NEGATIVO** **Data do exame**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Assinatura do responsável pelo exame**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

BRASÍLIA, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do paciente Policlínica

PCDF