

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO  
GRUPO DE RISCO**  
Combate ao Coronavírus – COVID-19



**SINDUSCON-RS**  
DESDE 1949



Nome: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Avaliador: \_\_\_\_\_ Ass.: \_\_\_\_\_

	<b>Possui algum fator que o coloque no grupo de risco?</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1	Cardíaco		
2	Diabético		
3	Hipertenso		
4	Possui insuficiência renal crônica		
5	Possui doença respiratória crônica		
6	Possui algum caso confirmado de Coronavírus entre os membros da família que moram na mesma casa?		
	<b>Nos últimos 15 dias teve?</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
7	Tosse		
8	Febre		
9	Coriza		
10	Dificuldade para respirar		
11	Teve contato com pessoas próximas com os sintomas acima, quais?		
12	Realizou alguma consulta médica nos últimos 15 dias, qual?		

Obs.:

Este material foi elaborado e produzido pelo Sinduscon-RS com caráter meramente informativo e com o intuito de orientar seus associados com relação às medidas exigidas pelo Decreto número 20.549 de 22 de abril de 2020, expedido pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre. A correta implementação das exigências do presente decreto deverá ser executada por cada empresa, não podendo o Sinduscon-RS ser responsabilizado por eventuais falhas na adequação feita por cada organização, associada ou não.

Este documento poderá ser alterado em função de novos Decretos ou determinações.