



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**CORONAVÍRUS
COVID-19**

MONITORAMENTO DE ACOMPANHANTE

Nome do acompanhante: _____

Paciente: _____

Sector: _____

Data da internação: ____/____/____

Município de residência: _____

Telefone: _____

Condição de Saúde: () DOENÇA CARDÍACA () HIPERTENSÃO () DIABETES () DÇ. PULMONAR () DÇ RENAL
() IDOSO () GESTANTE () OBESIDADE

DIAS		
1	11	21
2	12	22
3	13	23
4	14	24
5	15	25
6	16	26
7	17	27
8	18	28
9	19	29
10	20	30