**DECLARAÇÃO DE APTIDÃO PÓS COVID-19**

Declaro que o Colaborador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Matrícula:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Empresa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, compareceu ao Ambulatório em \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, para realização do Teste Rápido para Sars-Cov-2 (covid-19), e o mesmo encontra-se:

 APTO AO RETORNO

 INAPTO AO RETORNO

**OBS: Em caso de INAPTO, o colaborador será orientado a permanecer em isolamento por mais 14 dias conforme o Protocolo Internacional da OMS- Organização Mundial de Saúde e do MS- Ministério da Saúde.**

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

**COLABORADOR**

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

 **FUNCIONÁRIO DA SAÚDE**

 DATA:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_