

# COMO VOCÊ TEM SE SENTIDO NOS ÚLTIMOS DIAS?



**Tenho me  
sentido ótimo.**



**Tenho me  
sentido bem.**



**Não tenho me  
sentido bem.**

# VOCÊ SENTIU ALGUM DESSES SINTOMAS NOS ÚLTIMOS DIAS?

- Tosse
- Febre
- Falta de ar
- Perda do paladar ou do olfato
- Aumento do cansaço
- Dores no corpo
- Diarreia
- Calafrios
- Dor de garganta
- Dor de cabeça
- Dor no peito

**Você ficou por perto de alguém com COVID-19 ou foi exposto ao coronavírus?**