

Nº de identificação do cliente: \_\_\_\_\_

Data de preenchimento: \_\_\_\_\_

## SUPLEMENTO DE COVID-19

### PREENCHIDO POR CLIENTES OU PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**1. Você já testou positivo para a COVID-19 (seja através de um autoteste ou de um teste administrado por outra pessoa)?**

- Sim
- Não
- Não sei

**2. Você recebeu a vacina contra a COVID-19?**

- Sim, recebi uma ou ambas as doses da vacina contra a COVID-19
- Não
- Não sei

**3. Você recebeu a dose de reforço contra a COVID-19?**

- Não, não recebi nenhuma dose de reforço contra a COVID-19
- Sim, recebi uma ou mais doses de reforço contra a COVID-19
- Não sei