



<b>Classificação final/ Critério Diagnóstico</b> <b>Covid-19:</b> (MarcarX) <input type="checkbox"/> Confirmação laboratorial <input type="checkbox"/> Confirmação Clínico <input type="checkbox"/> Confirmação Clínico-Imagem <input type="checkbox"/> Descartado	<b>*Evolução/Situação do caso:</b> (MarcarX) <input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Óbito Data: __/__/__ <input type="checkbox"/> Cura/alta Quarentena <input type="checkbox"/> Emtratamento/isolamento domiciliar <input type="checkbox"/> Internado/enfermaria <input type="checkbox"/> Internado em UTI Data: __/__/__ <input type="checkbox"/> Óbito Data: __/__/__ N° DO: _____
<b>Data de encerramento:</b> ____/____/____	
<b>Informações complementares e observações</b>	
<b>Observações Adicionais</b>	