



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO DE CASOS SUSPEITOS



UNIDADE DE SAÚDE:

Nº	NOME	FF	ENDEREÇO	BAIRRO	ORIGEM DO CASO	SINAN	INÍCIO INVESTIGAÇÃO	INÍCIO SINTOMAS	DIA QUE FOI FEITA COLETA	RESULTADO
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO / DATA: