



DECLARACIÓN DE SALUD DEL VIAJERO

DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VIAJANTE/ TRAVELER'S HEALTH DECLARATION

Local de entrada / Port of Arrival / Lugar de entrada -----		Data/Date/Fecha ingreso ____/____/____
2. Empresa: /Company:/ Empresa: -----		Assento/ Seat / Asiento/ ---
3. Nome Completo / Full Name / Nombre Completo: -----		Data Nascimento/Birth Date Fecha Nasc.: __/__/__
Nº do Passaporte ou C. de Identidade e País Emissor/ Passport Number or Identity Card and Issuing Country/ Nº de Pasaporte o Cédula de Identidad y País emisor: -----		Sexo / Sex / Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
4 - Países e locais por onde circulou nos últimos 14 dias/ Country and places where you have been in the last 14 days/ Países y ciudades por donde circuló en los últimos 14 días: -----		
5 – Sinais e sintomas observados nos últimos 10 dias/ Signs and symptoms observed in the last 10 days/ Signos y sintomas observados en los últimos 14 días (verifique o que se aplique/ marcar lo que corresponda/check what applies)		
Febre / Fever/Fiebre <input type="checkbox"/>	Tosse/ cough/ tos <input type="checkbox"/>	dificuldade de respirar/ breath difficulty/ dificultad para respirar <input type="checkbox"/>
Dor de garganta/ Sore throat/Dolor de Garganta <input type="checkbox"/>	He estado en contacto con persona CoViD +/I have been in contact with a person CoViD + <input type="checkbox"/>	Nenhum/ None/Ninguno <input type="checkbox"/>
6 - Endereço(s) para contato /Address(es) where you can be found over /Dirección(es) para contacto -----		
Cidade(s)/City(ies)/Ciudad(es): -----	Estado(s)/State(s)/Provincia/Depto/Region: -----	País(es)/Country(ies)/País(es): -----
e-mail/correo electrónico		Telefone/ Phone/Teléfono
7. Data/Date/Fecha ____/____/____	Assinatura do viajante/Traveller's signature/Firma del viajero _____	

Temperatura corporal: _____