

1. Meios de Transporte Medio de Transporte Means of Transportation		<input type="checkbox"/> Aeronave / Airplane / Aéreo <input type="checkbox"/> Embarcação / Ship / Embarcación <input type="checkbox"/> Terrestre / Vehicle / Terrestre
Local de entrada / Port of Arrival / Lugar de entrada _____		Data/Date/Fecha Ingreso ____/____/____
2. Empresa: N° de voo/embarcação/ veículo terrestre Company: Fly N°/ Name of de Ship / Land vehicle Empresa: N° vuelo/ embarcación/ vehículo terrestre		Assento/ Camarote Seat / Cabin Asiento/ Cabina
3. Nome Completo / Full Name / Nombre Completo: _____		Data Nascimento: Birth Date: Fecha Nasc.: ____/____/____
N° do Passaporte ou C. de Identidade e País Emissor: Passport Number or Identity Card and Issuing Country: N° 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-Destino - Previsão de Conexão-Escala Destination – Scheduled Connection/Place of Call Destino - conexiones-escalas previstas		
Empresa: N° Voo / Embarcação / Veículo Terrestre: Company: Flight Nr. /Name of the Ship / Land Vehicle: Empresa: N° de vuelo/ Embarcación / Vehículo Terrestre:		Data / Date / Fecha ____/____/____
6 - Sinais e sintomas observados nos últimos 10 dias/ Signs and symptoms observed in the last 10 days/ Signos y síntomas observados en los últimos 10 días		
Febre / Fever/Fiebre <input type="checkbox"/>	Tosse/ cough/ tos <input type="checkbox"/>	dificuldade de respirar/ breath difficulty/ dificultad para respirar <input type="checkbox"/>
Diarréia/ diarrhea/ diarrea <input type="checkbox"/>	Vômito/ vomit/ vómito <input type="checkbox"/>	erupções da pele/rash/ erupciones de piel <input type="checkbox"/>
dor de cabeça/ headache/ dolor de cabeça <input type="checkbox"/>	dores musculares/ muscular pain/dolor muscular <input type="checkbox"/>	Sangramento anormal/ haemorrhage/ sangrado anormal <input type="checkbox"/>
Pele ou olhos amarelos/ jaundice/ piel u ojos amarillos <input type="checkbox"/>		Nenhum/ None/Ninguno <input type="checkbox"/>
7 - Endereço(s) para contato nos próximos 14 dias: Address(es) where you can be found over the next 14 days: Dirección(es) para contacto en los próximos 14 días: _____ _____		
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
8, Pessoa de contato/Contact point/Persona de contacto: Nome Completo / Full Name / Nombre Completo _____		Cidade(s)/City(ies)/Ciudad(es): _____
País/Country/País: _____		Telefone/ Phone/Teléfono _____
9. Data/Date/Fecha ____/____/____	Assinatura do viajante/Traveller's signature/Firma del viajero _____	
USO OFICIAL/OFFICIAL USER/ USO OFICIAL DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VIAJANTE HEALTH TRAVELLER DECLARATION DECLARACIÓN DE SALUD DEL VIAJERO		
10. Data/Date/Fecha ____/____/____	Nome Completo / Full Name / Nombre Completo _____	
Empresa: N° Voo / Embarcação / Veículo Terrestre: Company: Flight Nr. /Name of the Ship / Land Vehicle: Empresa: N° de vuelo/ Embarcación / Vehículo Terrestre:		