

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO			
( ) Passageiro ( ) Funcionário do Terminal ( ) Funcionário do responsável legal pela embarcação ( ) Outro: _____			
Nome:			
EMBARCAÇÃO			
Nome da embarcação:		Empresa de Cruzeiros:	
IDENTIFICAÇÃO DO VIAJANTE			
Primeiro nome:			
Sobrenome:			
CPF:			
Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino		Data de nascimento:	
Nacionalidade:	Residente no Brasil: ( ) Sim ( ) Não		
Documento de viagem: ( ) Passaporte ( ) Documento de identidade:			
Número do documento utilizado:			
INFORMAÇÕES DA VIAGEM			
Data do primeiro embarque:	Hora (00h00m):		
Data para o desembarque final:	Horário previsto (00h00m):		
Cidade e país de partida:			
Itinerário (portos de desembarque):			
Cidade e país de chegada, quando se tratar de viajante internacional:			
INFORMAÇÕES DE CONTATO			
Nº telefone (com código de área e do país):			
E-mail:			
Endereço residencial:			
Endereço:			
Bairro:			
Cidade e UF:			
CEP:			
INFORMAÇÕES PARA CONTATO DE EMERGÊNCIA COM PESSOA NÃO EMBARCADA			
Nome:			
Nº telefone (com código de área e do país):			
E-mail:			
SINTOMAS			
Febre? ( ) Sim ( ) Não	Calafrios? ( ) Sim ( ) Não	Tosse? ( ) Sim ( ) Não	Perda de olfato ou paladar? ( ) Sim ( ) Não
Coriza: ( ) Sim ( ) Não	Dificuldade respiratória/falta de ar? ( ) Sim ( ) Não	Dor de garganta? ( ) Sim ( ) Não	Outro:
HISTÓRICO DE EXPOSIÇÃO			
Último país de procedência:			
Histórico de países visitados nos últimos 14 dias:			
Você teve contato com caso confirmado ou suspeito de COVID-19 nos últimos 14 dias? ( ) Sim ( ) Não			
Você já foi diagnosticado com COVID-19? ( ) Sim ( ) Não Se sim, em que data você recebeu o diagnóstico?			