

RESPONSÁVEL PELA REEMBOLSO			
<input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Funcionário do Terminal <input type="checkbox"/> Funcionário de atendimento <input type="checkbox"/> Agente embarcação <input type="checkbox"/> Outro _____			
Nome: _____			
EMBARCAÇÃO			
Nome da embarcação:		Empresa de Cruzeiro:	
IDENTIFICAÇÃO DO VIAANTE			
Nome completo: Sobrenome: CN:			
Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		Data de nascimento:	
Nacionalidade: <input type="checkbox"/> Brasileiro no Brasil <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Documento de viagem: <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Documento de identidade: Número do documento utilizado:			
INFORMAÇÕES DE VIAGEM			
Data de partida embarque:		Hora (BR03):	
Data de chegada desembarque:		Horário (GMT-03:00):	
Cidade de partida: _____ Nome do porto de desembarque: _____			
Cidade de origem (proprietário, quando se trata de viagem internacional): _____			
INFORMAÇÕES DE CONTATO			
E-mail (sem código de área de país): _____ E-mail: _____ Endereço residencial: Número: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____			
INFORMAÇÕES PARA CONTATO DE EMERGÊNCIA COM PROBLEMA DO VIAANTE			
Nome: _____ E-mail (sem código de área de país): _____ E-mail: _____			
STATUS			
Tipo?	Categoria?	Sexo?	País de origem (estado)?
<input type="checkbox"/> 1000 1000	<input type="checkbox"/> 1000 1000	<input type="checkbox"/> 1000 1000	<input type="checkbox"/> 1000 1000
Sexo:	Situacao:	Data de pagamento?	Outro:
<input type="checkbox"/> 1000 1000	<input type="checkbox"/> 1000 1000	<input type="checkbox"/> 1000 1000	<input type="checkbox"/> 1000 1000
INFORMAÇÕES DE RESERVAÇÃO			
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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Você já foi diagnosticado com COVID-19? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, em que data você recebeu o diagnóstico? _____			