Declaração de Saúde do Viajante (transporte aéreo)





Este documento é válido como comprovante de preenchimento da Declaração de Saúde do Viajante e deve ser aceito para fins de embarque com destino ao Brasil.

Este documento es válido como constancia de cumplimentación de la Declaración de Salud del Viajero y debe ser aceptado para efectos de embarque a Brasil.

This document is valid as proof of completion of the Traveler's Health Declaration and must be accepted for purposes of boarding to Brazil.

Identificação do usuário (1)

Primeiro nome: (1)

Tipo: (S/text-short)

Ana Lidia

Sobrenome: (2)

Tipo: (S/text-short)

Penteado Urban

Gênero : (3) Tipo: (G/gender)		
Feminino		
Data de nascimento : (4) Tipo: (D/date)		
05.02.1991		
Nacionalidade: (5) Tipo: (!/list-dropdown)		
A29 - Brasil		
CPF: (44) Tipo: (S/text-short)		

40596618808

Residente no Brasil? (6) Tipo: (Y/yes-no)		
Sim		
Documento de viagem: (7) Tipo: (!/list-dropdown)		
A1 - Passaporte		
Número do documento (8) Tipo: (S/text-short) FX394921		
Informações da Viagem (2)		

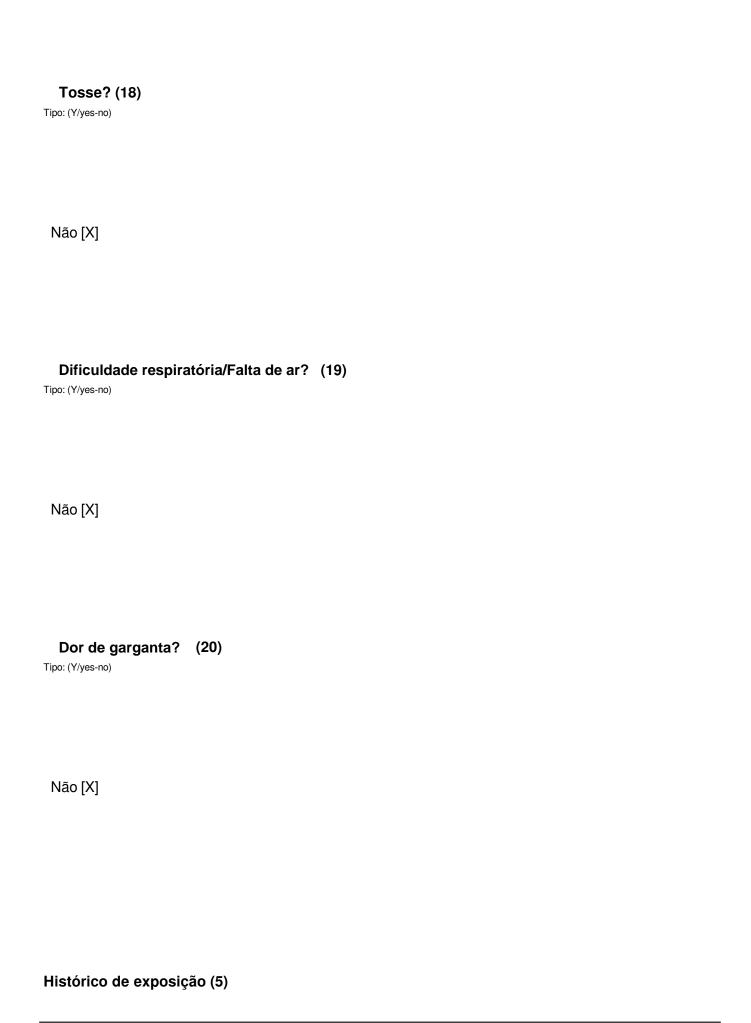
Motivo desta viagem (39) Tipo: (!/list-dropdown)		
A7 - Retorno de turismo fora do Brasil		
Data e hora de partida (10) Tipo: (D/date)		
01.03.2022		
Data e hora de chegada no Brasil (9) Tipo: (D/date)		
01.03.2022		
Cidade de partida (11) Tipo: (S/text-short) Buenos Aires		

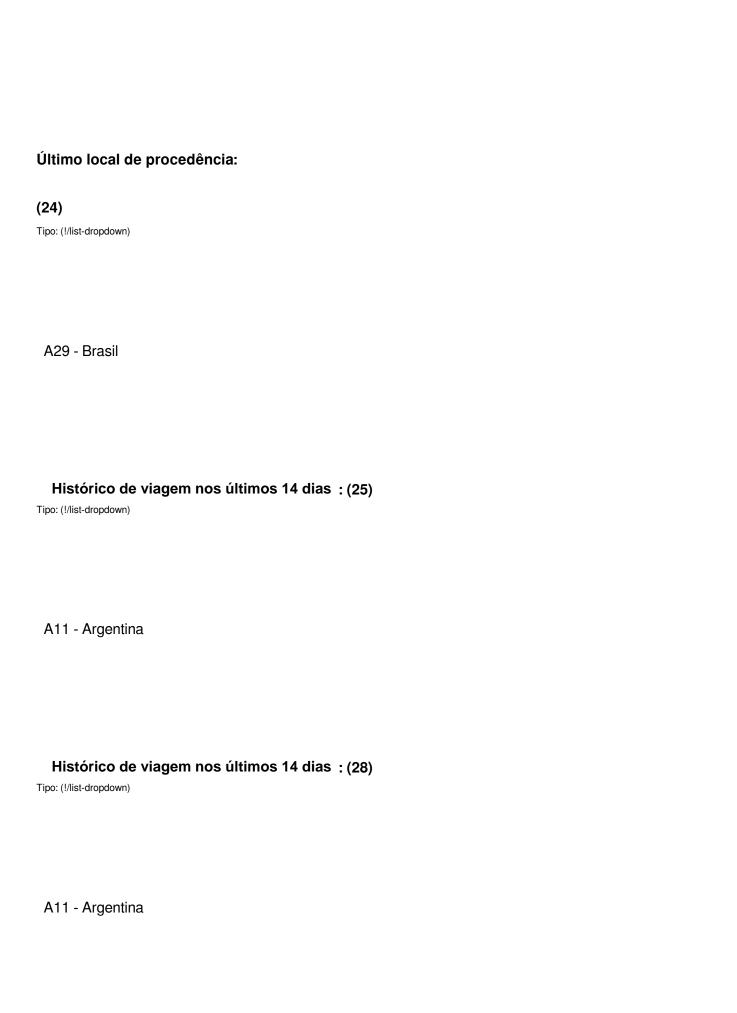
Cidade de chegada (12) Tipo: (!/list-dropdown)
A15 - São Paulo (GRU - Guarulhos)
Número do voo
(13) Tipo: (S/text-short) 7675
Companhia aérea
(23) Tipo: (!/list-dropdown)
G3 - GOL (G3)

Número do assento (14) Tipo: (S/text-short) 13	
Informações de contato (3)	
Código telefônico do país: (29) Tipo: (!/list-dropdown)	
A29 - Brasil: +55	
Número de telefone (com código de área) (15) Tipo: (S/text-short) 16981705457	
E-mail (16) Tipo: (S/text-short) analidiapurb@gmail.com	

Endereço no Tipo: (X/boilerplate)	Brasil	(local de	estada	ou	quarentena) (32)
CEP (33) Tipo: (S/text-short) 13339-575						
Endereço (34) Tipo: (S/text-short) Rua Massaharo		ki				
Bairro (35) Tipo: (S/text-short) Jardim Sevilha						
Cidade (36) Tipo: (S/text-short) Indaiatuba						
Unidade da Formation (!/list-dropdown)	ederaçã	ăo (37)				
A25 - São Paulo						

O endereço informado acima é a sua residência? (45) Tipo: (Y/yes-no)	
Sim	
Caso você apresente algum dos sintomas, informe aqui (4)	
Febre? (17)	
Tipo: (Y/yes-no)	
Não [X]	





Histórico de viagem nos últimos 14 dias : (26) Tipo: (!/list-dropdown)	
A11 - Argentina	
Histórico de viagem nos últimos 14 dias : (27) Tipo: (!/list-dropdown)	
A11 - Argentina	
Você já foi diagnosticado com COVID-19? (21) Tipo: (Y/yes-no)	
Não [X]	

.

(31)

Tipo: (M/multiple-opt)

Estou de acordo.

Declaro, também, que estou ciente e de acordo com as medidas e ações preventivas adotadas pelo Brasil, para enfrentamento da COVID-19, conforme especificado abaixo:

- lavar frequentemente as mãos com água e sabonete;
- se não tiver água e sabonete disponível ou quando as mãos não estiverem visivelmente

sujas, pode ser utilizado álcool em gel 70%;

- manter distância de, pelo menos 1 (um) metro, de outras pessoas;
- utilizar máscara, cobrindo nariz, boca e queixo;
- praticar etiqueta respiratória;
- evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca sem que as mãos estejam limpas;
- conhecer a situação de seu destino e seguir as orientações das autoridades de saúde

pública locais;

- evitar multidões ou locais com grande fluxo de pessoas;
- monitorar sua saúde para sintomas de COVID-19; e
- caso apresente algum sintoma:
 - ° procurar atendimento médico;
 - ° realizar isolamento conforme preconizado pelas autoridades de saúde locais.

(52)

Comprovante de estadia:	
(38)	
Tipo: (/upload-files)	
Você foi vacinado contra a COVID-19? (40)	
Tipo: (Y/yes-no)	
Sim	
Qual foi a vacina utilizada? (41)	
Tipo: (!/list-dropdown)	
A1 - Pfizer/BioNTech (ComiRNAty)	