
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 Brasil (local de estada ou quarentena) (32)

Tipo: (X/boilerplate)

CEP (33)

Tipo: (S/text-short)

13339-575

Endereço (34)

Tipo: (S/text-short)

Rua Massaharo Kanesaki

Bairro (35)

Tipo: (S/text-short)

Jardim Sevilha

Cidade (36)

Tipo: (S/text-short)

Indaiatuba

Unidade da Federação (37)

Tipo: (!/list-dropdown)

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]

Tosse? (18)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

Dificuldade respiratória/Falta de ar? (19)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

Dor de garganta? (20)

Tipo: (Y/yes-no)

Não [X]

Histórico de exposição (5)

Último local de procedência:

(24)

Tipo: (!/list-dropdown)

A29 - Brasil

Histórico de viagem nos últimos 14 dias : (25)

Tipo: (!/list-dropdown)

A11 - Argentina

Histórico de viagem nos últimos 14 dias : (28)

Tipo: (!/list-dropdown)

A11 - Argentina

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)

Até o momento, você recebeu quantas doses da vacina? (42)

Tipo: (L/list-radio)

Três doses ou dose de reforço

A3

Qual é a data da última dose recebida? (43)

Tipo: (D/date)

19.01.2022