DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VIAJANTE
HEALTH TRAVELLER DECLARATION
DECLARACIÓN DE SALUD DEL VIAJERO

1. Meio de transporte / Means of transportation / Medio de transporte:
☐ Aeronave / Airplane / Aéreo ☐ Embarcação / Ship / Embarcación ☐ Terrestre / Vehicle / Terrestre

Local de entrada / Place of arrival / Lugar de entrada:	Data de chegada / Arrival date / Fecha ingreso:
2. Empresa: N° do voo - Embarcação - Veículo terrestre / Company: Flight nr. - Ship name - 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.:
Nº do passaporte ou C. de Identidade e país emissor: Passport number or Identity Card and issuing country: Nº de pasaporte o Cédula de Identidad y país emisor:	Sexo / Sex / Sexo: ☐ M ☐ F

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 - Conexões - Escalas previstas / Destination - Scheduled connection - Place of call / Destino - Conexiones - Escalas previstas:

Empresa: N° do voo - Embarcação - Veículo terrestre / Company: Flight nr. - Ship name - Land vehicle / Empresa: N° 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 / Señales y síntomas observados en los últimos 10 días:

- ☐ Febre / Fever / Fiebre
- ☐ Dificuldade de respirar / Breath difficulty / Dificultad para respirar
- ☐ Vômito / Vomit / Vómito
- ☐ Dor de cabeça / Headache / Dolor de cabeza
- ☐ Dores musculares / Muscular pain / Dolor muscular (anormal)
- ☐ Pele ou olhos amarelos / Jaundice / Piel u ojos amarillos
- ☐ Tosse / Cough / Tos
- ☐ Diarreia / Diarrhea / Diarrea
- ☐ Erupções da pele / Rash / Erupciones en la piel
- ☐ Sangramento anormal / Haemorrhage / Sangrado
- ☐ Nenhum / None / Ninguno

7. Endereço(s) para contato nos próximos 14 dias / Address(es) where you can be found in 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 person / Persona de contacto Nome completo / Full name / Nombre completo:	Cidade(s) / City(ies) / Ciudad(es):	
País / Country / País:	Telefone / Phone / Teléfono:	
9. Assinatura do viajante / Traveller's signature / Firma del viajero:	Data / Date / Fecha:	

USO OFICIAL / OFFICIAL USE / USO OFICIAL

DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VIAJANTE
TRAVELLER'S HEALTH DECLARATION
DECLARACIÓN DE SALUD DEL VIAJERO

10. Data / Date / Fecha:
Nome completo / Full name / Nombre completo:
Empresa: Nº voo / Embarcação / Veículo terrestre:
Company: Flight nr. / Ship name / Land vehicle:
Empresa: Nº de vuelo - Embarcación - Vehículo terrestre:

Outras informações:

www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

SUS 20 ANOS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Secretaria de Vigilância em Saúde

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL