

**FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VISITANTE / FORMATO DE
DECLARACIÓN DE SALUD DE VISITANTES**

Nome do Visitante: <i>Nombre del Visitante:</i>	
Passaporte – RG / DNI:	
Nome da empresa: <i>Nombre de la Empresa:</i>	
Telefone de contato: <i>Teléfono de contacto:</i>	
Data da visita: <i>Fecha de visita:</i>	

1. Mencione se você tem um dos seguintes sintomas: febre, tosse, mal-estar geral. Falta de ar, dor de garganta.

1. Mencione si presenta uno de los siguientes síntomas: fiebre, tos, malestar general. Dificultad respiratoria, dolor de garganta.

SIM / SI ()

NÃO / NO ()

2. Você já teve contato com alguém que já esteve em local (nacional ou internacional) afetado pelo COVID-19?

2. ¿Ha tenido contacto con alguien que ha estado en un lugar (Nacional o internacional) afectado por COVID-19?

SIM / SI ()

NÃO / NO ()

3. Você já teve contato com alguém suspeito ou com diagnóstico confirmado de COVID-19?

3. ¿Ha tenido contacto con alguien sospechoso o con diagnóstico confirmado de COVID-19?

SIM / SI ()

NÃO / NO ()

4. Você esteve fora do país nos últimos 14 dias?

4. ¿Has estado fuera del país en los últimos 14 días?

SIM / SI ()

NÃO / NO ()

Se sim, para onde você viajou? / *¿En caso de Sí, a donde viajó?:* _____

FIRMA:.....