

Formulário de vigilância sanitária

IDENTIFICAÇÃO DO PASSAGEIRO	
Primeiro Nome *	

Último Nome *	
---------------	--

Dia/Mês/Ano

Data de Nascimento *	
----------------------	--

Género	Masculino	<input type="checkbox"/>	Feminino	<input type="checkbox"/>	Não especificado	<input type="checkbox"/>

Doc. De Identificação (tipo) *	Bilhete de identidade	<input type="checkbox"/>	Cartão Nac. Identificação	<input type="checkbox"/>	Não especificado	<input type="checkbox"/>

Nr. de documento *	
--------------------	--

INFORMAÇÕES DA VIAGEM	
-----------------------	--

Nr. de Assento	
----------------	--

Nr. Viagem		Navio	
------------	--	-------	--

Dia/Mês/Ano

Data de embarque *	
--------------------	--

Companhia *	
-------------	--

Local de embarque *	
---------------------	--

INFORMAÇÕES DE CONTACTO	
-------------------------	--

Endereço *	
------------	--

Nr. Telemóvel *	
-----------------	--

Endereço electrónico (em@il) *	
--------------------------------	--

* campos de preenchimento obrigatório