PASSENGER/CREW LOCATOR FORM – CRUISE SHIPS

Date of form completion: (yyyy/mm/dd) 2 0

Public Health Passenger/Crew Locator Form: To protect your health, public health officers need you to complete this form whenever they suspect a communicable disease onboard a cruise ship. Your information will help public health officers to contact you if you were exposed to a communicable disease. It is important to fill out this form completely and accurately. Your information is intended to be held in accordance with applicable laws and used only for public health purposes. ~***Thank you for helping us to protect your health.***

One form should be completed by an adult member of each family/crew member. Print in capital (UPPERCASE) letters. Leave blank boxes for spaces.

CRUISE INFORMATION: 1. Cruise line name **2. Cruise ship name** **3. Cabin Number** **4. Date of disembarkation** (yyyy/mm/dd) 2 0

PERSONAL INFORMATION:

5. Last (Family) Name **6. First (Given) Name** **7. Middle Initial** **8. Your sex** MALE FEMALE OTHER **9. Age (years)**

PHONE NUMBER(S) where you can be reached if needed. Include country code and city code.

10. Mobile **11. Business**

12. Home **13. Other**

14. Email address

PERMANENT ADDRESS*:

15. Country **16. State/Province**

17. City **18. ZIP/Postal code**

19. Number and street (Separate number and street with blank box) **20. Apartment number**

***21. if in the <u>previous 14 days</u> you have stayed in a country (not transit) other than your permanent address, declare below the name of country/countries:**

TEMPORARY ADDRESS: If at any time during the next <u>14 days</u> you will not be staying at the permanent address listed above, write the places where you will be staying.

22. Country 1 **23. State/Province 1**

24. City 1 **25. ZIP/Postal code 1**

26. Hotel name 1 (if any) **27. Number and street 1 *(Separate number and street with blank box)*** ***28*. Apartment number 1**

29. Country 2 **30. State/Province 2**

31. City 2 **32. ZIP/Postal code 2**

33. Hotel name 2 (if any) **34. Number and street 2 *(Separate number and street with blank box)*** ***35*. Apartment number 2**

PASSENGER/CREW LOCATOR FORM – CRUISE SHIPS

Date of form completion: (yyyy/mm/dd)

2	0						

36. TRAVEL COMPANIONS – FAMILY: Only include age if younger than 18 years

	Last (Family) Name	First (Given) Name	Cabin number	Age <18
(1)				
(2)				
(3)				
(4)				

37. TRAVEL COMPANIONS – NON-FAMILY/NON-SAME HOUSEHOLD: Also include name of group (if any)

	Last (Family) Name	First (Given) Name	Group *(tour, team, business, other)*
(1)			
(2)			

To be completed by CREW only:

38. Working sector on board:

39. Co-habitants in cabin:

	Last (Family) Name	First (Given) Name
(1)		
(2)		
(3)		
(4)		

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE
OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS PASSAGEIROS

(UM POR PESSOA ADULTA)

(Rev. (Rev.9, 016.03.22)

Para ser preenchido um dia antes do seu cruzeiro, em razão das continuas mudanças nos protocolos e regulamentações da União Europeia.

Data: _____

Nome do Navio: _____ No da cabine:_____

Nome e sobrenome: _____

Crianças abaixo de 18 anos incluidas neste questionário:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Para nos ajudar a proteger a segurança e a saúde dos nossos convidados e tripulação nós pedimos gentilmente para você responder as perguntas abaixo:

1. Voce ou alguma pessoa listada acima testou positivo para o COVID-19 com o resultado nos últimos 14 dias? S N

2. Você ou alguma pessoa listada acima teve contato próximo ou ajudou alguém com suspeita ou diagnóstico de COVID – 19 ns últimos 14 dias?

S N

3. Você ou outra pessoa listada acima atualmente está sujeita\o a monitoramento médico
4. por possível exposição ao COVID-19?

S N

5. Você ou outra pessoa listada acima tem algum dos sintomas a seguir: Febre (38C ou mais), sente –se febril ou tem calafrios , falta de ar ou dificuldade de respirar, fadiga, dor no corpo ou nos músculos, dor de cabeça, perda recente do olfato ou paladar, dor de garganta, congestão nasal ou nariz escorrendo, nauseas, vômito ou diarreia? S N

Para qualquer improvável evento que você esteja pessoalmente envolvido, em uma situação de emergência, nós pedimos que você nos informe um número de contato e informações de emergência.

Toda informação contida neste documento será usada somente para razões aqui expostas e serão apagadas ao final do cruzeiro. Você deve informar um parente mais próximo, familiar, ou qualquer outra pessoa confiável como seu contato de emergência.

Nome do contato: _____ Número do contato: ----------

Nome do contato: _____ Número do contato: ----------

Pela minha assinatura abaixo, eu atesto estar disposto a cumprir todas as prescrições de protocolos de saúde a bordo e fora a do navio , durante o itinerário do cruzeiro.

Eu certifico que todas as declarações acima estão corretas e entendo que qualquer resposta que não seja verdadeira implica em sérios problemas de saúde publica, com as penalidades que serão aplicadas.

Assinatura: _____