

ANEXO III

MODELO DE ATESTADO/CERTIFICADO DE ISENÇÃO DE VACINAÇÃO

Atestado médico de contra-indicação/Certificado de Isenção de Vacinação ou Profilaxia
Medical Contraindication/Certificate of Vaccine or Prophylaxis Exemption

Declaro que [nome]
This is to declare that [name]

Nascido a
Date of Birth

Sexo
Sex

Cuja assinatura segue
Whose signature follows

Por razões médicas, foi nesta data isento de vacinação ou profilaxia contra :
On medicals grounds, there has on this date been exempted from vaccination or prophylaxis against:

Contra-indicação:
Counter indication:

Carimbo do Centro/Stamp of Center

Data/Date:

Carimbo do Médico/Stamp of Doctor
or

Autoridade sanitária/Health authority

A validade desta isenção cessa juntamente com as suas contra-indicações.
The validity of this exemption shall expire together with its grounds.

Art.1º Para emissão do atestado ou certificado de isenção de vacinação e profilaxia deverá ser observado:

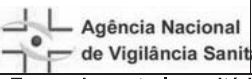
I. Tão somente razões médicas como contra-indicação de vacinação ou profilaxia;

I. No caso de emissão por profissional médico, o formulário deverá seguir o modelo acima e conter de forma legível no cabeçalho dados do serviço em que foi realizado o atendimento.

Parágrafo único. Os Centros de Orientação de Viajantes credenciados para emissão do CIVP poderão cancelar os atestados médicos de contra-indicação que já estejam em outro idioma além do nacional ou, caso o atestado médico não atenda ao modelo, emitir um certificado de Isenção.

ANEXO IV

TERMO DE CONTROLE SANITÁRIO DO VIAJANTE

		Coordenação de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos, Fronteiras e Recintos Alfandegados Posto _____	
Termo de controle sanitário do viajante Term de contrôle sanitaire de voyageurs Term of health control of travelers		N :	Data / Date / Date: ___/___/___
1 - Nome Completo / Full Name / Nom et Prenom:		Data Nascimento/Birth Date/ Date de naissance.: ___/___/___	
Nº do Passaporte ou C. de Identidade e País Passport Number/ Country: Número do passport et pays:		Sexo / Sex / Sexe: () M () F	
2 - Endereço(s) para contato no Brasil/ Address (es) where you can be found in Brazil/ Adresse pour contact au Brésil:			
Cidade(s)/City(ies)/Ville(s):		Estado(s)/State(s)/État(s):	
E-mail:		Telefone/Phone/Téléphone:	
3 - Países por onde circulou desde a origem da viagem/Country where you have been/Pays où vous êtes allé:			
4 – Nome da Empresa			
5 Tipo do meio de transporte: <input type="checkbox"/> Vôo <input type="checkbox"/> Embarcação <input type="checkbox"/> Veículo <input type="checkbox"/> Trem: <input type="checkbox"/> Flight <input type="checkbox"/> Ship <input type="checkbox"/> Vehicule <input type="checkbox"/> Train <input type="checkbox"/> Vuelo <input type="checkbox"/> Embarcación <input type="checkbox"/> Vehicule <input type="checkbox"/> Train		Nº/Nome/Placa:	Assento(s) / Camarote(s): Seat(s) / Cabin: Siège / Cabina;
6 – Sinais e Sintomas de doenças e outras situações de interesse a saúde pública observados/Noted symptoms and sings and other occurrences related to interest public health deseases/Síntomas observados: <input type="checkbox"/> Febre / Fever / Fièvre <input type="checkbox"/> Tosse ou falta de ar / cough, breath difficulty/ toux, difficulté pour respirer <input type="checkbox"/> Outros – especificar (ex: óbito, diarreia, manchas vermelhas na pele, icterícia, dor de cabeça, vômito, hemorragia, dores musculares etc.) / Other- specify (i.e: obit, diarrhea, rash, jaundice, headache,vomit, haemorrhage, muscular pain etc.)/ Autres - spécifier (ex. Décès, diarrhée, éruptions dans la peau, ictericia, mal de tête, vomissement, hemorrhagie, douleurs musculaires etc.):			
<input type="checkbox"/> Nenhum / None / Nule			
7 – Conclusão da ação de controle sanitário/ Conclusion of the health control action/ Conclusion de l'ación de contrôle sanitaire : <input type="checkbox"/> Desembarque/Entrada no país autorizado / Disembark authorized/ Débarquement autorisé <input type="checkbox"/> Desembarque/Entrada não autorizado / Disembark non authorized/ Débarquement non autorisé <input type="checkbox"/> Embarque autorizado / Embark authorized /Ebarquement autorisé <input type="checkbox"/> Embarque não autorizado / Embark non authorized / Ebarquement non autorisé <input type="checkbox"/> Com Vigilância Ativa / active surveillance / veille active			
Assinatura e Sape da Autoridade Sanitária Health Authority signature Signature de l'Autorité Sanitaire	Assinatura do viajante ou responsável legal Traveller's signature Signature du voyageur	Assinatura e Identificação da Autoridade Receptora do Termo Authority signature Autorité Sanitaire	
IMPORTANTE: apresente essa declaração ao profissional de saúde que lhe prestar atendimento. IMPORTANT: present this declaration to the doctor who has attended you. IMPORTANT: presentez cette déclaration au médecin qui vous soignez. PREZADO PROFISSIONAL DE SAÚDE:			
Caso esse viajante apresente sinais e/ou sintomas de doença de interesse a saúde pública que não estejam acima descrita entre em contato com nosso Posto de Vigilância Sanitária (Telefone:) ou o CIEVS (Telefone:)			

ANEXO V
DECLARAÇÃO MARÍTIMA DE SAÚDE
MARITIME DECLARATION OF HEALTH

Para ser preenchida e entregue às autoridades pertinentes pelos comandantes das embarcações provenientes de portos estrangeiros.
 To be completed and submitted to the competent authorities by the masters of ships arriving from foreign ports.

Entregue no porto de Submitted at the port of		Data Date
Nome da embarcação marítima ou de navegação interior Name of ship or inland navigation vessel		
Registro/Nº IMO Registration/IMO Nº	(Nacionalidade)(Bandeira da embarcação) (Nationality)(Flag of vessel)	
Comandante da embarcação Master's name		
Chegando de Arriving from	Indo para Sailing to	
Tonelagem bruta (embarcação marítima) Gross tonnage (ship)	Tonelagem (embarcação de navegação interior) Tonnage (inland navigation vessel)	
Certificado de Isenção de Controle/ Certificado de Controle Sanitário válido a bordo? Valid Sanitation Control Exemption/Control Certificate carried on board?		Sim/Yes Não/No
Emitido em Issued at	Data Date	Exigência de reinspeção? Re-inspection required? Sim/Yes Não/No
A embarcação esteve numa área afetada identificada pela Organização Mundial da Saúde? Has ship/vessel visited an affected area identified by the World Health Organization?		Sim/Yes Não/No
Porto e data da visita à área afetada Port and date of visit		
Lista de portos de escala a partir do início da viagem internacional ou nos últimos trinta dias, se este período for mais curto, com as datas de saída: List ports of call from commencement of voyage with dates of departure, or within past thirty days, whichever is shorter:		
Questões de saúde/Health questions		
(1) Houve a bordo algum óbito que não tenha sido causado por acidente? Has any person died on board during the voyage otherwise than as a result of accident? *Se houve, coloque os detalhes na planilha anexa *If yes, state particulars in attached schedule		Sim/Yes* Não/No
Número total de mortes Total no. of deaths		
(2) Há a bordo, ou houve durante a viagem internacional algum caso de doença com suspeita de ser infecciosa? Is there on board or has there been during the international voyage any case of disease which you suspect to be of an infectious nature? *Se houve, coloque os detalhes na planilha anexa. *If yes, state particulars in attached schedule,		Sim/Yes* Não/No
(3) O número total de passageiros doentes durante a viagem foi maior do que o normal/esperado? Has the total number of ill passengers during the voyage been greater than normal/expected? Quantos doentes? How many ill persons?		Sim/Yes Não/No

<p>(4) Há, no momento, alguma pessoa doente a bordo? Is there any ill person on board now? *Se sim, coloque os detalhes na planilha anexa. *If yes, state particulars in attached schedule.</p>	<p>Sim/Yes* Não/No</p>	
<p>(5) Um médico foi consultado? Was a medical practitioner consulted? *Se sim, coloque os detalhes do tratamento ou orientação médica recebida na planilha anexa. *If yes, state particulars of medical treatment or advice provided in attached schedule.</p>	<p>Sim/Yes* Não/No</p>	
<p>(6) Você tem conhecimento de alguma condição existente a bordo que possa levar a infecção ou disseminação de doenças? Are you aware of any condition on board which may lead to infection or spread of disease? *Se sim, coloque os detalhes na planilha anexa. *If yes, state particulars in attached schedule.</p>	<p>Sim/Yes* Não/No</p>	
<p>(7) Foi aplicada alguma medida sanitária a bordo (p.ex. quarentena, isolamento, desinfecção ou descontaminação)? Has any sanitary measure (e.g. quarantine, isolation, disinfection or decontamination) been applied on board? * Se sim, especificar o tipo, o lugar e a data. * If yes, specify type, place and date</p>	<p>Sim/Yes* Não/No</p>	
<p>(8) Algum clandestino foi encontrado a bordo? Have any stowaways been found on board? * Se sim, onde eles embarcaram (se for conhecido)? * If yes, where did they join the ship (if known)?</p>	<p>Sim/Yes* Não/No</p>	
<p>(9) Há algum animal doente a bordo? Is there a sick animal or pet on board?</p>	<p>Sim/Yes* Não/No</p>	
<p>Nota: Na falta de um médico, o comandante deve considerar os seguintes sintomas como base suficiente para suspeitar da presença de uma doença infecciosa: Note: In the absence of a surgeon, the master should regard the following symptoms as grounds for suspecting the existence of a disease of an infectious nature:</p> <p>(a) Febre, persistente por vários dias ou acompanhadas por (i) prostração; (ii) diminuição do nível de consciência; (iii) inflamação dos gânglios; (iv) icterícia; (v) tosse ou dispnéia; (vi) hemorragia não usual; ou (vii) paralisia. (a) Fever, persisting for several days or accompanied by (i) prostration; (ii) decreased consciousness; (iii) glandular swelling; (iv) jaundice; (v) cough or shortness of breath; (vi) unusual bleeding; or (vii) paralysis.</p> <p>(b) Com ou sem febre: (i) qualquer erupção cutânea ou eritema agudo; (ii) vômitos intensos (não devido a náusea marítima); (iii) diarreia intensa; ou (iv) convulsões recorrentes. (b) With or without fever: (i) any acute skin rash or eruption; (ii) severe vomiting (other than sea sickness); (iii) severe diarrhoea; or (iv) recurrent convulsions.</p>		
<p>Declaro que as informações e respostas às questões fornecidas na Declaração de Saúde (incluindo a planilha) são verdadeiras e corretas, segundo meu conhecimento e entendimento. I hereby declare that the particulars and answers to the questions given in this Declaration of Health (including the schedule) are true and correct to the best of my knowledge and belief.</p>		
<p>_____ Data Date</p>	<p>_____ Assinatura – Comandante Signed – Master</p>	<p>_____ Confirmação - Médico de bordo (se houver) Countersigned – Ship’s Surgeon (if carried)</p>

Planilha Anexa ao Modelo de Declaração Marítima de Saúde
Attachment to Model of Maritime Declaration of Health

Nome Name	Classe ou nível Class or rating	Idade Age	Sexo Sex	Nacionalidade Nationality	Porto e data de embarque Port, date joined ship/ vessel	Natureza da doença Nature of illness	Data do início dos sintomas Date of onset of symptoms	Houve notificação a um médico de um porto? Reported to a port Medical officer?	Resolução do caso* Disposal of case*	Medicamentos administrados ao paciente Drugs medicines or other treatment given to patient Issue*	Comentários Comments

* Indicar: (1) Se a pessoa se recuperou, continua doente ou morreu e (2) se a pessoa continua a bordo, foi removida (incluindo o nome do porto ou aeroporto), ou foi sepultada no mar.
* State: (1) whether the person recovered, is still ill or died; and (2) whether the person is still on board, was evacuated (including the name of the port or airport), or was buried at sea.

ANEXO VI

DECLARAÇÃO GERAL DA AERONAVE

General Declaration of Aircraft

DECLARAÇÃO GERAL GENERAL DECLARATION (Saída/Entrada) (Outward/Inward)		
Transportador Operator	Nacionalidade e Registro Marks of Nationality and Registration.	Voo Flight No. Data Date
Partida de Departure from (Localidade Place) (Localidade Place)	Chegada em Arrival at	
ROTA DE VÔO FLIGHT ROUTING (Na coluna "localidade" deverão ser sempre mencionados a origem, as escalas e o destino) ("Place" Column always to list origin, every en-route stop and destination)		
LOCALIDADE PLACE	NÚMERO TOTAL DE TRIPULANTES TOTAL NUMBER OF CREW	NÚMERO DE PASSAGEIROS NESTA ESCALA NUMBER OF PASSENGERS ON THIS STAGE
		Local de Partida Departure Place: Embarcando Embarking Em trânsito no memo vôo Through on same flight
		Local de Chegada Arrival Place: Desembarcando Disembarking Em trânsito no memo vôo Through on same flight

<p>Declaração de Saúde <i>Declaration of Health</i></p> <p>Pessoas a bordo com doenças que não sejam enjão de viagem ou conseqüências de acidentes (incluindo as que apresentam sintomas ou sinais de doenças tais como erupções cutâneas, febre, calafrio, diarreia, etc.), assim como os casos de doenças desembarcados durante o voo. Persons on board with illnesses other than airsickness or the effects of accidents (including persons with symptoms or signs of illness such as rash, fever, chills, diarrhoea) as well as those cases of illness disembarked during the flight</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Quaisquer outras condições a bordo que possam provocar a propagação de doenças Any other conditions on board which may lead to the spread of disease</p> <p>.....</p> <p>Detalhes de cada desinfecção ou tratamento sanitário (lugar, data, hora, método) durante o voo. Se nenhuma desinsetização foi efetuada durante a viagem, dar detalhes da última realizada Details of each disinfecting or sanitary treatment (place, date, time, method) during the flight. If no disinsecting has been carried out during the flight, give details of most recent disinsecting</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">_____ Tripulante Responsável Crew member concerned</p>	<p>Somente para uso oficial For official use only</p>
<p>Declaro que todas as indicações e dados contidos nesta Declaração Geral e que qualquer dos formulários suplementares que devem acompanhá-la são, segundo o meu conhecimento, completos, exatos e verdadeiros, e que todos os passageiros os passageiros em trânsito prosseguirão/prosseguiram nesta viagem. I declare that all statements and particulars contained in this General Declaration, and in any supplementary forms required to be presented with this General Declaration, are complete, exact and true to the best of my knowledge and that all through passengers will continue/have continued on the flight.</p> <p style="text-align: right;">_____ Agente autorizado ou Comandante da aeronave Authorized Agent or Pilot-in-command</p>	

ANEXO VII

DECLARAÇÃO GERAL DE VEÍCULO TERRESTRE

General Declaration of Road Vehicles

<p>DECLARAÇÃO GERAL GENERAL DECLARATION (Saída/Entrada) (Outward/Inward)</p>		
<p>Empresa Company: Nacionalidade Nationality: Data Date:</p> <p>Identificação do transporte (prefixo/placa) Identification of the transportation mean:</p> <p>Partida de Departure from: Chegada em Arrival at:</p> <p>(Localidade Place) (Localidade Place)</p>		
<p>ROTA ROUTING (Na coluna "localidade" deverão ser sempre mencionados a origem, as paradas e o destino) ("Place" Column always to list origin, every en-route stop and destination)</p>		
LOCALIDADE PLACE	NÚMERO TOTAL DE TRIPULANTES TOTAL NUMBER OF CREW	NÚMERO DE PASSAGEIROS NESTA PARADA NUMBER OF PASSENGERS ON THIS STOP
		<p>Local de Partida Departure Place:</p> <p>Embarcado Embarking Em trânsito Through</p> <p>Local de Chegada Arrival Place:</p> <p>Embarcado Embarking Em trânsito Through</p>
<p>Declaração de Saúde <i>Declaration of Health</i></p> <p>Pessoas a bordo com doenças que não sejam enjão de viagem ou conseqüências de acidentes (incluindo as que apresentam sintomas ou sinais de doenças tais como erupções cutâneas, febre, calafrio, diarreia, etc.), assim como os casos de doenças desembarcados durante o voo. Persons on board with illnesses other than airsickness or the effects of accidents (including persons with symptoms or signs of illness such as rash, fever, chills, diarrhoea) as well as those cases of illness disembarked during the flight</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Quaisquer outras condições a bordo que possam provocar a propagação de doenças Any other conditions on board which may lead to the spread of disease</p> <p>.....</p> <p>Detalhes de cada desinfecção ou tratamento sanitário (lugar, data, hora, método) durante o voo. Se nenhuma desinsetização foi efetuada durante a viagem, dar detalhes da última realizada Details of each disinfecting or sanitary treatment (place, date, time, method) during the flight. If no disinsecting has been carried out during the flight, give details of most recent disinsecting</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">_____ Tripulante Responsável Crew member concerned</p>		<p>Somente para uso oficial For official use only</p>
<p>Declaro que todas as indicações e dados contidos nesta Declaração Geral e que qualquer dos formulários suplementares que devem acompanhá-la são, segundo o meu conhecimento, completos, exatos e verdadeiros, e que todos os passageiros os passageiros em trânsito prosseguirão/prosseguiram nesta viagem. I declare that all statements and particulars contained in this General Declaration, and in any supplementary forms required to be presented with this General Declaration, are complete, exact and true to the best of my knowledge and that all through passengers will continue/have continued on the route.</p> <p style="text-align: right;">_____ Agente autorizado ou Motorista Authorized Agent or Driver</p>		

ANEXO VIII

DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA DE EVENTO DE SAÚDE PÚBLICA NAS ÁREAS DE INFRA-ESTRUTURA PORTUÁRIA, AEROPORTUÁRIA OU PASSAGEM DE FRONTEIRA

I - Empresa:
Nome:
CNPJ:
Endereço:
Telefone:
Email:

II - Identificação da(s) pessoa(s) exposta(s) ao evento:
Nome:
Endereço:
Telefone:
Email
III - Tipo de evento:
() anormalidade clínica
() acidente
() óbito
() outros:
IV - Data e local da ocorrência:

V - Descrição da ocorrência:
VI - Encaminhamentos:
Local e data:
Nome e assinatura do notificante:
VII - Conclusão (preenchimento pela autoridade sanitário)
Data:
Nome do fiscal:
Nº SIAPE: