|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SETOR DE TRANSPORTE****PASSAGEIRO** | **FICHA INDIVIDUAL****TRANSPORTE COLETIVO** |

|  |
| --- |
| DADOS CADASTRAIS DO PASSAGEIRO |

|  |
| --- |
| As informações abaixo são destinadas ao responsável da viagem. Ele terá estas informações em mãos durante a viagem caso haja qualquer imprevisto, tais como acidentes, procedimentos médicos ou morte. Os dados serão guardados em sigilo pelo responsável pela viagem, a divulgação desta ficha é proibida. |

|  |
| --- |
| **Passageiro** |
| Nome Completo: |
| Telefone: |
| CPF: | RG: |
| E-mail: |
| Nome do Contato Familiar |
| Telefone do Contato Familiar: |

|  |
| --- |
| **Questionário** |
| Tem alguma restrição de natureza médica? |
|  |
|  |
| Tem algum tipo de alergia grave que pode se manifestar durante a viagem? |
|  |
|  |
| Faz algum tipo de tratamento médico que necessita ser informado e que possa surgir durante a viagem? |
|  |
|  |
| Em caso positivo, qual o procedimento a ser seguido? |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| No caso de contrair alguma doença infecto contagiosa que possa causar risco aos passageiros, informar o responsável pela viagem com antecedência. |

|  |
| --- |
| Assinatura – Passageiro |

 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_