



Palácio do Governo
CP nº 304, Várzea, Cidade da Praia
República de Cabo Verde
Telef: (+238) 261 01 25

ANEXO I – DECLARAÇÃO DE SAÚDE **HEALTH STATUS DECLARATION**

O presente formulário deve ser preenchido por cada passageiro antes da emissão do cartão de embarque.

Each passenger shall fill this form before the boarding pass is issued.

<Nome completo do passageiro/Full name of the passanger>

<Data de nascimento/Date of birth: DD/MM/AAAA> _____/_____/_____

<Idade/Age> _____ <Género/Gender> _____ <Morada/Adress> _____

<Número do documento de identificação (CNI/Passaporte)/Number of passport> _____

<Data de validade do documento de identificação/Expiration date of the passport>

_____/_____/_____

<e-mail> _____

<Telefone fixo/telephone> _____ <Telefone móvel/mobile phone> _____

<Endereço na cidade de chegada/Address in city of arrival> _____

<Endereço da residência permanente/Address of permanent residence> _____

1. Fui diagnosticado com COVID-19 nos 14 dias anteriores à data da minha viagem.

I was diagnosed with COVID-19 in the 14 days prior to the date of my trip.

Sim/Yes

Não/No

2. Tive algum dos sintomas relevantes do COVID-19 (febre, tosse, perda de paladar ou olfato, falta de ar) nos 8 dias anteriores à data da minha viagem.

I had any of the relevant symptoms of COVID-19 (fever, cough, loss of taste or smell, shortness of breath) in the 8 days prior to the date of my trip.

Sim/Yes

Não/No

3. Estive em contato próximo (por exemplo, menos de 2 metros por mais de 15 minutos e sem máscara) com uma pessoa com COVID-19 nos 14 dias anteriores à data da minha viagem.

I have been in close contact (for example, less than 2 meters for more than 15 minutes and without a mask) with a person with COVID-19 in the 14 days prior to the date of my trip.

Sim/Yes

Não/No



Palácio do Governo
CP nº 304, Várzea, Cidade da Praia
República de Cabo Verde
Telef: (+238) 261 01 25

4. Estou obrigado pela legislação nacional a permanecer em quarentena por motivos relacionados com COVID-19, por um período que inclui a data da minha viagem.

I am obliged by national law to remain in quarantine on grounds relating to COVID-19 for a period that includes the date of my trip.

- Sim/Yes
 Não/No

5. Eu tive COVID-19, confirmado por PCR, há mais de 14 dias anteriores à data da minha viagem e fui declarado curado.

I had COVID-19, confirmed by PCR, more than 14 days before the date of my trip and I was declared cured.

- Sim/Yes
 Não/No

6. Eu fiz um teste rápido para a pesquisa de anticorpos contra SARS-CoV-2 antes da data da minha viagem e o resultado foi positivo. Na sequência, fizeram-me o teste PCR e o resultado foi negativo, pelo que, em princípio, não constituo uma fonte de infeção para SARS-CoV-2.

I did an antibody rapid test for SARS-CoV-2 before my trip date and the result was positive. Then, RT-PCR test was performed and the result was negative, so, in theory, I am not a source of infection for SARS-CoV-2.

- Sim/Yes
 Não/No

Eu entendo que devo informar o <nome do operador aéreo/marítimo ou agente de viagens> o mais rápido possível e não devo, em caso algum, comparecer no aeródromo/cais para seguir viagem, **se as situações de 1 a 4 se aplicarem.**

I, <full name of the passenger>, understand that I shall inform the <name of the air/sea operator or travel agent> as soon as possible, and I must not under any circumstances, appear at the aerodrome/port to travel, if any situations 1 to 4 apply:

Entendo que qualquer uma das circunstâncias de 1 a 4 resulta em recusa em prosseguir com a minha viagem se eu não divulgar essas informações ao operador aéreo e minhas circunstâncias forem identificadas no local no aeródromo/cais.

I understand that circumstances 1 to 4 results in a refusal to proceed with my trip if I do not disclose this information to the air operator and my circumstances are identified on site at the aerodrome/port.

Declaro o compromisso de informar imediatamente as autoridades sanitárias, em caso de qualquer sintomatologia respiratória, e de cumprimento das medidas nacionais de prevenção e controlo da COVID-19.



Palácio do Governo
CP nº 304, Várzea, Cidade da Praia
República de Cabo Verde
Telef: (+238) 261 01 25

I declare the commitment to inform the health authorities immediately, in case of any respiratory symptoms, and to comply with the national prevention and control measures of COVID-19.

Declaro que as informações fornecidas neste documento são verdadeiras e podem ser verificadas. Declaro ainda que se for confirmado que as informações aqui fornecidas forem falsas, eu estarei sujeito às penalizações previstas na legislação vigente.

I declare that the information provided in this document is true and can be verified. I further declare that if it is confirmed that the information provided here is false, I will be subject to the penalties provided in the current legislation.

Esta declaração deve ser atualizada de acordo com os desenvolvimentos mais recentes em testes microbiológicos para COVID-19.

This declaration must be updated with the latest developments in microbiological testing for COVID-19.

Assinatura do passageiro:
Passenger signature

verificado por:
Checked by

Nome _____

Instituição _____