

INFORMAÇÕES DE IMIGRAÇÃO

Nome: _____
CPF: _____
Data de Nascimento: _____
Local de Nascimento: _____
Endereço Permanente: _____
Tel. Residencial: _____
Cep: _____
Cidade: _____
Estado: _____
País: _____
Nr. de Passaporte: _____
País de Emissão: _____
Data de Emissão: _____
Data de Expiração: _____
E-mail: _____
Nr. do Visto Canadense: _____
Data de Emissão: _____
Data de Expiração: _____

CONTATO DE EMERGÊNCIA

Nome: _____
Grau de Parentesco: _____
E-mail: _____
Endereço: _____
Cidade: _____
Estado: _____
Cep: _____
País: _____
Telefone (Dia): _____
Telefone (Noite): _____

INFORMAÇÕES DE VOO

Por favor, preencha suas informações de voo de chegada e partida:

Nº do voo/ hora/ data (chegada): _____

Nº do voo/ hora/ data (partida): _____

Para passageiros que farão Antártida, Leste da Groelândia, Cruzeiros Transatlânticos e Canadá:

Confirmando que recebi o formulário médico na página 6 deste documento e irei levar comigo o formulário completo preenchido para embarcar no navio.

Data: _____

Assinatura: _____

Solicitações Especiais:

Dieta especial:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Intolerância à lactose | <input type="checkbox"/> Comida sem glúten/ sem trigo | <input type="checkbox"/> Comida Kosher |
| <input type="checkbox"/> Comida para bebês | <input type="checkbox"/> Baixo sódio/ Pouco sal | <input type="checkbox"/> Vegetariana |
| <input type="checkbox"/> Pouca gordura/ Sem gordura | <input type="checkbox"/> Livre de açúcar (diabéticos) | <input type="checkbox"/> Alergia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____ | | |

Ocasões Especiais:

- | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aniversário | <input type="checkbox"/> Graduação | <input type="checkbox"/> Lua de Mel | <input type="checkbox"/> Aposentadoria | <input type="checkbox"/> Aniversário de Casamento |
| <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | | | |

Por favor, informe a data da comemoração* ___/ ___/ _____. *Esta data deverá se encaixar no período do cruzeiro.

Necessidades Especiais**:

**Por favor, nos informe em tempo útil antes da viagem sobre questões de saúde importantes, tais como, limitações de mobilidade, deficiências, alergias fortes, entre outras.

Informações importantes:

- Para emissão dos vouchers é necessário o envio imediato deste formulário de imigração.
- Para cruzeiros pela Antártida, Leste da Groelândia, cruzeiros transatlânticos e Canadá é necessário levar para o embarque o **formulário médico** preenchido pelo seu médico (página 6 deste documento) e entregar imediatamente ao médico do navio logo após o check-in. Sem este documento os passageiros serão impedidos de embarcar.
- Todas as solicitações especiais devem ser feitas no máximo até 65 dias do embarque. Para as solicitações feitas posteriormente, não será possível garantir a disponibilidade dos itens.
- Encorajamos a contatar o Maître assim que estiver a bordo para maiores informações sobre a dieta escolhida e restrições, para que este possa passar mais informações e ajudar com a escolha do cardápio de acordo com suas necessidades.
- Durante a parte terrestre de sua viagem não será possível acomodar as solicitações de dieta especial, já que estas serão preparadas por restaurantes não pertencentes à Hurtigruten.
- Para passageiros que necessitem fazer uso de cadeira de rodas a bordo é necessário levar sua própria (somente para viagens pela Noruega). Em viagens de exploração não é permitido o uso de cadeira de rodas.
- Mulheres grávidas a partir da 23ª semana de gravidez não serão aceitas a bordo, por não contarmos com departamento médico habilitado para atendê-las em caso de emergência. Mulheres grávidas a bordo deverão levar consigo uma carta do médico informando sobre condições de saúde da mãe e do bebê e que estão autorizadas a viajar. A carta deverá ser redigida em inglês e deverá conter a data estimada do parto.
- Em casos de condições médicas relevantes é necessário verificar junto ao médico se há possibilidade de viajar para o roteiro escolhido. Se for necessário levar a bordo algum equipamento médico há necessidade de contatar a Hurtigruten antes do embarque para obtenção de informações essenciais. Se estiver recebendo tratamento médico significativo, por favor, leve consigo um documento em inglês de seu médico.

INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA CRUZEIROS DE EXPLORAÇÃO

DECLARAÇÃO DE SAÚDE EXIGIDA

Querido passageiro:

Conforme a data para o seu cruzeiro se aproxima, é importante que entenda que não há instalações médicas sofisticadas disponíveis a bordo. Embora a nossa tripulação inclua um médico e enfermeira qualificados, nossa enfermaria possui medicamentos e equipamentos básicos, essas expedições são indicadas a pessoas em boas condições de saúde.

Como parte de obrigação de autossuficiência da Hurtigruten em termos do tratado de sistema das áreas remotas, cada passageiro é obrigado a apresentar um atestado de boas condições de saúde e capacidade de participar em um cruzeiro de expedição. Passageiros que não estão adaptados para participar em viagens de longa duração, incluindo cadeirantes, cardíacos ou com outras condições, serão solicitados a se consultar com seu médico sobre a conveniência de fazer este tipo de viagem. Ao agir contrariamente a nossa solicitação, implicaria em riscos excessivos a sua saúde e ao gozo de todos os passageiros a bordo.

Se estiver tomando medicamentos regularmente, é solicitado que leve consigo toda a medicação necessária já que estes podem não estar disponíveis a bordo ou em quaisquer portos visitados. **Além disso, é obrigatório que cada passageiro adquira seguro viagem para o cruzeiro.** Em caso de emergência médica em que seja necessário o procedimento de evacuação médica, este é um serviço extremamente caro, se necessário e disponível, por isso é obrigatório que os passageiros tenham adquirido um seguro de saúde que cubra despesas médicas ilimitadas e repatriação. **Favor preencher informações do seguro na página 4 deste documento.**

Formulário Médico Necessário

Por favor, complete o formulário dentro de 3 meses da saída e leve consigo a bordo do navio. O mesmo deve ser aprovado pelo seu médico pessoal.

O formulário deve ser entregue pessoalmente ao médico do navio logo após o check-in.

O embarque será negado caso este formulário não esteja presente ou preenchido ao momento do embarque e caso a parte 3 não seja aprovada pelo seu médico.

Mesmo com o formulário preenchido e aprovado, o médico a bordo e o capitão têm o direito de negar o embarque de passageiros que parecem não estar aptos para a viagem.

Por favor, note que toda informação contida no formulário médico destina-se a ser uma referência médica para o médico a bordo e ficará retido com ele durante todo o cruzeiro.

Agradecemos a cooperação!

O Formulário Médico a ser preenchido em inglês encontra-se na página 5 deste documento.

GENERAL INSURANCE INFORMATION

Explorer Cruising

All travelers must complete every section of this form.

Please bring this completed form with you on board the ship. Medical evacuation, if available, is expensive; therefore, it is necessary for you to have a Travel Protection Plan/travel insurance that will reimburse you for this cost.

If you have taken out a Travel Protection Plan/travel insurance, can you please provide the below details.

Name of company: _____

Company's emergency number: _____

Policy number: _____

In declining the purchase of a Travel Protection Plan/travel insurance, I will not hold Hurtigruten AS responsible for any additional expenses/losses incurred resulting from my cancellation of this trip, accident, sickness, medical evacuation, lost or damaged baggage, or any other contingency that would have been covered by the insurance protection offered.

Date, Signature: _____



MEDICAL CERTIFICATE

This part of the form must be completed in English or using international medical terms. Please do not abbreviate any words.

PART I: TRAVELER'S HEALTH STATEMENT

I attest that I am in good general health, and capable of performing normal activities on this expedition. I further attest that I am capable of caring for myself during the expedition, and that I will not impede the progress of the expedition or the enjoyment of others aboard. I understand that this expedition will take me far from the nearest medical facility and that all travelers must be self-sufficient. With that understanding, I certify that I have not been recently treated for, nor am I aware of, any physical or other condition or disability that would create a hazard to myself or other members of the expedition.

Name: _____

Date: _____

Signature: _____

Expedition: _____

Departure Date: _____

PART II: TRAVELER'S MEDICAL INFORMATION

Date of Birth: Day: _____ Month: _____ Year: _____

Blood type (If known): _____

Height: _____ Weight: _____

Evaluate your general health: Poor Fair Good Excellent

Evaluate your physical condition/stamina: Poor Fair Good Excellent

Have you taken out medical insurance with unlimited medical reparation? Yes No

Do you require oxygen therapy on a regular basis? Yes No

If your answer is yes, please describe the condition: _____



Do you have, or have you had in the past 5 years, any of the conditions listed below?

Condition	Yes	No
High blood pressure		
Cardiac/heart disease: Cardiac valvulopathy, Coronary acute syndrome, Cardiac tamponade or any other		
Heart surgery		
Pulmonary conditions: Asthma/bronchitis, COPD-chronic obstructive pulmonary disease, pulmonary thrombosis		
Blood disorder: hemorrhage (excessive bleeding), clots, anemia or any other		
Diabetes: Type 1 or Type 2		
Digestive disorder: stomachache, stomach ulcers, heartburn, bleeding, constipation, diarrhea, or any other		
Skin problem: sores, blisters, skin rash, burns, eruptions, itchiness or any other		
Allergies: dust, latex or any other		
Infectious/contagious diseases		
Severe headaches - migraines		
Ear/nose/throat problems: hearing loss, earache, sinusitis, nosebleeds, or any other		
Restricted mobility/difficulty walking, use crutches, a walking stick or wheelchair		
Spinal column and back problems: muscle contracture, herniated disk, sciatic nerve compression, spinal stenosis, scoliosis or any other		
Amputation		
Do you have a prosthesis or joint replacement?		
Fractures/dislocations		
Stroke		
Eye/vision problems: pain, dryness, redness, glaucoma, blurred vision, double vision or any other		
Autoimmune disorders: Lupus, Psoriasis, Celiac Disease(sprue) or any other		
Are you currently pregnant?		
Thyroid problems such as hypothyroidism /hyperthyroidism or any other		
Psychiatric disorders such as depression, anxiety or any other		
Neurological disorders such as loss of consciousness, loss of memory/ balance problems (Alzheimer/Parkinson), epilepsy/seizures, dizziness/fainting or any other		
Musculoskeletal system: pain in joints, muscle pain, weakness, osteopenia/osteoporosis, swollen ankles/knees or any other		
Tumors benign/malign: breast, lungs, intestine or any other		
Urinary system: pain, infections, prostatic hyperplasia (in men), kidney stones, renal failure or any other		

If you answered yes to any of the above, please describe below:

Do you have any other medical conditions not mentioned above, please describe below:

Do you have any medical illnesses, disabilities or infirmities that require the regular care of a doctor?

List all medications that you are taking at this time, the dosages and the condition that is being treated.

Medication	Dosage	What are you taking this medication for?

Have you been hospitalized or had surgery in the last five years? If so, when and for what?

Do you have any drug allergies? If so, what are they?

Do you have any dietary restrictions or food allergies? If so, what are they?

Do you have any other physical or mental limitations, or handicaps not mentioned above?

Do you have any mobility issues that would prevent you from climbing in and out of a Rubber inflatable boat (RIB), i.e. "Zodiac" or a rigid hull landing craft i.e. Polar Circle Boat? Yes No

If you replied YES to the previous question, please check the following:

Wheelchair Prosthetic Limb Cane Walker



Who should be contacted in case of emergency?

Contact 1:

Name: _____ Relationship: _____

Phone Number (s): _____

Contact 2:

Name: _____ Relationship: _____

Phone Number (s): _____

On studying the information, we reserve the right to contact your doctor about health issues that could affect the journey.

Please tick the box if you prefer to be contacted first before we contact your doctor.



PART III: MEDICAL ADVISOR'S OPINION

Please give this form along with your itinerary to your personal physician.

This part of the form must be completed in English or using international medical terms. Please do not abbreviate the words.

Dear Doctor,

Our traveler is planning an expedition cruise to the areas where sophisticated medical facilities are unavailable. Each vessel carries a physician and a small infirmary. While not strenuous, travelers who participate on excursions must negotiate a steep gangway, get in and out of landing boats with assistance and be capable of walking a short distance over uneven and slippery terrain ashore. The areas being travelled in are very remote and where medevacs are possible can take up to 2 days and in some cases (such as South Georgia) medevacs are impossible, as the area is out of the range of helicopters and/or landing strips.

References to our Expedition Voyages: we ask you to take a quick look at the following links, just to give you an idea what kind of journey this is:

https://www.youtube.com/watch?v=PSJMTtp_6kQ

<https://www.youtube.com/watch?v=ADwZDRriSHs>

According to our regulations, passengers in "poor" health condition are in high risk of complications during the trip and therefore they should not join the voyage. Master and Doctor will deny passengers to come onboard with a medical form incomplete and/or with an unstable physical health condition.

We would like to be sure that each of our passengers is in adequate medical condition for the voyage and that our shipboard physician is fully alerted to any potential health problems.

We would appreciate your evaluation of the travelers' overall physical condition:

Poor Fair Good Excellent

The travelers' ability to participate in this expedition and excursions:

Poor Fair Good Excellent

Please elaborate on any medical conditions that you feel our shipboard physician should be aware of.



Thank you for your help.

Doctor's name: _____
(Printed letters)

Date: _____

Doctor's signature: _____

Code: _____ Registry number: _____

Telephone: _____ E-mail: _____

City, State, Country: _____

Doctor's Stamp:

