



Vorbemerkung

Für die Einreise nach Brasilien wird gemäß der Verordnung Nr. 630 vom 17.12.2020 ab 30.12.2020 ein ausgefülltes Gesundheitsformular verlangt. In der Verordnung heißt es wörtlich:

„Eine ausgefüllte Gesundheitserklärung für Reisende (Declaração de Saúde do Viajante - DSV) in Papierform oder digital, in der Zustimmung zu den Maßnahmen des Infektionsschutzes erklärt wird, die während des Aufenthalts im Land einzuhalten sind.“

An keiner Stelle und auf keiner Regierungsseite ist im Moment allerdings erläutert, wo das Formular erhältlich oder gar zum Herunterladen zur Verfügung steht. Eine Recherche blieb bisher erfolglos. Wir nehmen an, dass hier in Kürze und noch vor dem 30.12.2020 weitere Informationen erfolgen, die wir dann auch umgehend auf unseren Seiten veröffentlichen.

Im Anhang finden Sie ein Formular, das wir über eine brasilianische (touristische) Seite entdeckt und heruntergeladen haben. Wir gehen davon aus, dass dies das passende Formular für die Einreise sein dürfte. Eine offizielle Bestätigung, die wir erbeten haben, steht aber noch aus.

22.12.2020 – Das RuppertBrasil-Team

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VIAJANTE
HEALTH TRAVELLER DECLARATION
DECLARACIÓN DE SALUD DEL VIAJERO**

1. Meio de transporte / Means of transportation / Medio de transporte: <input type="checkbox"/> Aeronave / Airplane / Aéreo <input type="checkbox"/> Embarcação / Ship / Embarcación <input type="checkbox"/> Terrestre / Vehicle / Terrestre		
Local de entrada / Place of arrival / Lugar de entrada:		Data de chegada / Arrival date / Fecha ingreso:
2. Empresa: N° do voo - Embarcação - Veículo terrestre / Company: Flight nr. - Ship name - Land vehicle / Empresa: N° vuelo - Embarcación - Vehículo terrestre:		Assento - Camarote / Seat - Cabin / Asiento - Cabina:
3. Nome completo / Full name / Nombre completo:		Data nascimento / Birth date / Fecha nasc.:
N° do passaporte ou C. de Identidade e país emissor: Passport number or Identity Card and issuing country; N° de pasaporte o Cédula de Identidad y país emisor:		Sexo / Sex / Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
4. Países e locais por onde circulou nos últimos 14 dias / Country and places where you have been in the last 14 days / Países y ciudades por donde circuló en los últimos 14 días:		
5. Destino - Conexões - Escalas previstas / Destination - Scheduled connection - Place of call / Destino - Conexiones - Escalas previstas:		
Empresa: N° do voo - Embarcação - Veículo terrestre / Company: Flight nr. - Ship name - Land vehicle / Empresa: N° vuelo - Embarcación - Vehículo terrestre:		Data / Date / Fecha:
6. Sinais e sintomas observados nos últimos 10 dias / Signs and symptoms observed in the last 10 days / Señales y síntomas observados en los últimos 10 días: <input type="checkbox"/> Febre / Fever / Fiebre <input type="checkbox"/> Tosse / Cough / Tos <input type="checkbox"/> Dificuldade de respirar / Breath difficulty / Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Diarreia / Diarrhea / Diarrea <input type="checkbox"/> Vômito / Vomit / Vómito <input type="checkbox"/> Erupções da pele / Rash / Erupciones en la piel <input type="checkbox"/> Dor de cabeça / Headache / Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Sangramento anormal / Haemorrhage / Sangrado <input type="checkbox"/> Dores musculares / Muscular pain / Dolor muscular (anormal) <input type="checkbox"/> Nenhum / None / Ninguno <input type="checkbox"/> Pele ou olhos amarelos / Jaundice / Piel u ojos amarillos		
7. Endereço(s) para contato nos próximos 14 dias / Address(es) where you can be found in the next 14 days / Dirección(es) para contacto en los próximos 14 días:		
Cidade(s) / City(ies) / Ciudad(es):	Estado(s) / State(s) / Provincia - Depto - Region:	País(es) / Country(ies) / País(es):
E-mail / Correo electrónico:	Telefone / Phone / Teléfono:	
8. Pessoa de contato / Contact person / Persona de contacto Nome completo / Full name / Nombre completo:		Cidade(s) / City(ies) / Ciudad(es):
País / Country / País:	Telefone / Phone / Teléfono:	
9. Assinatura do viajante / Traveller's signature / Firma del viajero:		Data / Date / Fecha:
USO OFICIAL / OFFICIAL USE / USO OFICIAL DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VIAJANTE TRAVELLER'S HEALTH DECLARATION DECLARACIÓN DE SALUD DEL VIAJERO		
10. Data / Date / Fecha: Nome completo / Full name / Nombre completo: Empresa: N° voo / Embarcação / Veículo terrestre: Company: Flight nr. / Ship name / Land vehicle: Empresa: N° de vuelo - Embarcación - Vehículo terrestre:		

Outras informações:

www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997



Secretaria de
Vigilância em Saúde

Ministério
da Saúde

