



CONDIÇÕES DE SAÚDE & CONTATO EM CASO DE EMERGÊNCIA

Aos nossos aventureiros,

A **Chile Nativo** oferece viagens que vão de tranquilos safáris fotográficos até desafiadoras trilhas que podem levar um dia inteiro de caminhada. Seja qual for o grau de dificuldade da sua viagem, nós estamos comprometidos com a sua segurança.

Nossos guias são treinados em primeiros socorros e estão equipados com rádios VHF para rápida comunicação em caso de emergência. Além disso, estão familiarizados com as condições físicas necessárias para cada viagem, bem como as possíveis mudanças climáticas e seus riscos.

Nós queremos estar preparados. Por favor, ajude os nossos guias a oferecer uma deliciosa e segura aventura, nos informando um pouco sobre as suas condições de saúde. As informações preenchidas não vão necessariamente impedi-lo de fazer a viagem e serão mantidas em estrita confidencialidade.

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome da Viagem: _____ Data de Saída: _____

Nome: _____ Sexo: Masculino: Feminino:

Endereço Residencial: _____

Cidade/Estado: _____ País: _____ CEP: _____

Passaporte N°: _____ País de Emissão: _____ Validade (dd/mm/aa): _____

Telefone Residencial: _____ Comercial: _____
(Incluir código da cidade)

E-mail: _____

Nome e relacionamento com outros viajantes (deixar em branco se você viaja sozinho):

Acomodações: Os preços são baseados em quartos duplos ao menos que você especifique.

Por favor, escolha um tipo:

Twin (2 camas solteiro)

Casal

Individual*

*para acomodação em quarto individual o preço terá que ser recalculado.

Se possível, escolha o seu companheiro de quarto: _____

CONDIÇÕES DE SAÚDE & EMERGÊNCIA

Data de Nascimento (dd/mm/aa): _____ Idade: _____ Tipo Sanguíneo: _____

Contato em caso de emergência: _____ Relacionamento: _____

Telefone em horário comercial: _____ Telefone outros períodos: _____

Nome da empresa do seu Seguro de Viagem: _____

Telefone de contato: _____ Apólice N°: _____

Não possuo seguro saúde viagem: Concordo em assumir total responsabilidade por qualquer despesa com médicos, resgate, repatriação ou qualquer outra despesa relacionada, antes, durante ou depois da minha viagem com a Chile Nativo.

- Alguma informação sobre a sua saúde que nós devemos saber? (ex: diabetes, problemas cardíacos, pressão alta, epilepsia, asma etc.) Sim ____ Não ____ Por favor, especifique:

- Você foi hospitalizado nos últimos seis meses? Sim ____ Não ____
Caso sim, por qual motivo?

Você está tomando algum medicamento que possa prejudicar sua habilidade física, consciência ou percepção?
Sim ____ Não ____ Caso sim, por favor, relacione:

- Você possui alguma alergia? Sim ____ Não ____
- Você é alérgico a algum tipo de alimento? Sim ____ Não ____
Por favor, especifique:

- Você é vegetariano? Sim ____ Não ____
Por favor, explique suas preferências ou restrições:

Nome: _____ Assinatura: _____

Data _____

Obrigado por preencher este formulário, ele nos ajudará a oferecer um serviço melhor.