

TERMO DE RESPONSABILIDADE (QUESTIONÁRIO)

Eu _____ RG _____
CPF _____ residente _____
Bairro _____ cidade _____ estado _____
Telefone _____ declaro serem verdadeiras as informações sobre meu estado de saúde.
Aferição de temperatura _____

Informações do paciente

Comorbidades? () não () sim, qual? _____
Visitou recentemente outra cidade ou estado ou País? () não, () sim, local _____
Data que chegou? ____/____/_____.
Chegou com algum sintoma de gripe? () não, () sim, qual? () febre () dor de garganta () tosse
() dificuldade para respirar () dores no corpo () cansaço excessivo.
Outros sintomas: _____
Dede que dia começou esses sintomas? ____ / ____ / ____.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____:_____.



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O acréscimo de adicionais adulto ou infantil, deve ser efetuado no ato da Reserva.

Eu, _____ RG, _____
CPF _____, me comprometo a cumprir todas as normas do Protocolo de Retomada de Atividades Turísticas tais como: Uso de máscara em todas as áreas do empreendimento, exceto durante a refeição ou nas piscinas, distanciamento social de no mínimo 1,5 metros, fazer o uso de álcool 70%, comunicar a recepção caso esteja com sintomas característicos do COVID-19, ficando sujeito a me retirar do Hotel/Condomínio ou arcar com as penalidades como multa por não cumprir o referido Protocolo.

Caldas Novas, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____.