

Formulário de Informações sobre Necessidades Especiais (SNIF)

Nome e sobrenome do passageiro:	
Data de nascimento:	Nacionalidade:
Navio:	Data de partida:
Nº da reserva:	Número da cabine:
Detalhes de contato (E-mail ou número de telefone):	
Nome e sobrenome do acompanhante ou responsável legal (se necessário):	

Nota: pode ser necessário um acompanhante dependendo da condição de saúde e/ou acomodação reservada

Leia as 'Informações Médicas e Requisitos para Viagens da Costa Cruzeiros', **que são parte integrante dos Termos e Condições da Costa**, ANTES de responder a este questionário. O guia ajudará a garantir que o usuário responda de forma completa e correta. Os formulários atuais devem ser preenchidos e enviados aos Escritórios Costa junto com o *Consentimento do Sujeito para o processamento de dados sigilosos*, preenchidos em sua totalidade e assinados pelo hóspede ou responsável legal. Assegure-se de que este formulário seja preenchido apenas para uma pessoa por vez e que seja preenchido em LETRAS MAIÚSCULAS ou digitado.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- É essencial divulgar qualquer condição física ou mental, deficiência, doenças ou outras necessidades que exijam arranjos médicos especiais, equipamentos/suprimentos médicos ou cuidados ou assistência especiais durante a viagem. O descumprimento dessa recomendação pode levar à recusa de embarque ou ao desembarque do navio ou voo. Podemos solicitar um atestado médico para confirmar sua aptidão para viajar. Para obter mais detalhes, consulte nossos Termos e condições gerais.
- Caso esteja passando por tratamento médico ou tenha uma condição que possa exigir atenção a bordo, ou se precisar de alguma assistência, forneça informações detalhadas até **40 dias antes da partida** ou no momento da reserva.
- A declaração do médico deve ter sido emitida há no máximo **3 meses** (90 dias) a partir da data de partida.
- Se a condição de saúde ou deficiência mudar após o envio deste formulário, é necessário entrar em contato conosco imediatamente para nos atualizar com qualquer nova informação antes das férias.
- Recomendamos levar uma cópia dos seus prontuários médicos (por exemplo, ECG, lista de medicamentos, registros clínicos, etc.) para nos auxiliar caso seja necessário atendimento médico durante a viagem.
- Lembre-se de levar todos os medicamentos necessários na bagagem de mão, em quantidade suficiente para todo o cruzeiro.
- Recomendamos enfaticamente obter seguro de viagem adicional que cubra emergências médicas, incluindo evacuação, se necessário.
- Lembre-se de que é dever e responsabilidade exclusiva do usuário levar a bordo quaisquer medicamentos e/ou equipamentos que possa precisar durante o cruzeiro, pois esses itens podem não estar disponíveis nas instalações médicas a bordo. Também é seu dever e responsabilidade exclusivos tomar seus próprios medicamentos conforme indicado pelo seu médico.



Consentimento do Titular dos Dados para o processamento de dados sigilosos

Para obter mais informações sobre a Política de Privacidade, consulte o documento de privacidade.



Eu, abaixo assinado, nascido em em e residente em, tendo lido e examinado as informações fornecidas pelo Controlador de Dados conforme o Artigo 13 do RGPD e ciente, em particular, de que o processamento envolverá "categorias especiais de dados pessoais" definidas no Art. 9 do RGPD:

- dou meu consentimento para o processamento dos meus dados sigilosos necessários para a prestação dos serviços mencionados na ficha informativa.

Local, Data

Assinatura.....

- dou meu consentimento para divulgação dos dados às partes mencionadas na ficha informativa.

Local, Data

Assinatura.....

Consentimento de **pai ou responsável** no caso de processamento de dados sigilosos relacionados a um menor ou a um adulto incapaz

• Eu, o(a) abaixo-assinado(a), nascido(a) em em e residente em, na minha qualidade de pai/mãe/guardião de, tendo lido e examinado as informações fornecidas pelo Controlador de Dados de acordo com o Artigo 13 do RGPD e ciente, em particular, de que o processamento envolverá "categorias especiais de dados pessoais" definidas no Art. 9 do GDPR:

- dou meu/nosso consentimento para o processamento de dados sigilosos referentes a necessário para a prestação dos serviços mencionados na ficha informativa.

Local, Data

Assinatura.....

- Dou meu/nosso consentimento para divulgação dos dados às partes mencionadas na folha de informações.

Local, Data

Assinatura.....

Confirmo que as informações fornecidas abaixo são verdadeiras e precisas. Entendo que, se minhas circunstâncias mudarem, preciso atualizar meus dados antes da viagem. Li e compreendi todos os aspectos do guia anexo 'Médicas e Requisitos para Viagens da Costa Cruzeiros' e concordo com os termos de viagem.

Local, Data

Assinatura.....



Avaliação médica

- **Possui alguma condição médica que não está atualmente estabilizada ou uma doença grave que possa se tornar instável e exigir tratamento durante a viagem?**

(por exemplo, anemia grave, condições cardíacas, respiratórias ou neurológicas significativas que exigiram hospitalização nos últimos três meses, cirurgias ou procedimentos médicos nas últimas seis semanas, câncer (atualmente em tratamento ou cuidados paliativos), condições de saúde mental ativas ou descontroladas, doenças renais graves.)

☐SIM ☐NÃO

Se sim, envie a DECLARAÇÃO DO MÉDICO – Formulário A1, preenchida pelo seu médico.

- **Possui alguma condição médica que exija dispositivos médicos externos para sustentação da vida?** (por exemplo, ventiladores, bombas de nutrição, aspirador, etc.) ☐SIM ☐NÃO

Se sim, envie a DECLARAÇÃO DO MÉDICO – Formulário A1, preenchida pelo seu médico.

Assistência médica

- **O usuário tem alguma das seguintes condições médicas?**

Marque as opções que se aplicam

- ☐ Condição médica que requer o uso de injeções (por exemplo, Insulina, Heparina, etc.)

➤ Você precisa de “Recipiente para Seringas/Agulhas” ☐SIM ☐NÃO

➤ Você embarcará seu próprio recipiente para objetos cortantes? ☐SIM ☐NÃO

Se for o caso, consulte a seção 3.12 do ‘Médicas e Requisitos para Viagens da Costa Cruzeiros’

- ☐ Condição médica que requer tratamento de diálise peritoneal

Se for o caso, consulte a seção 3.3 do ‘Médicas e Requisitos para Viagens da Costa Cruzeiros’

- ☐ Condição médica que requer o uso de um dispositivo médico eletrônico

☐ CPAP, BiPAP,

☐ Máquina de inalação

☐ Concentradores de oxigênio,

☐ Bomba de alimentação

☐ Aparelho de aquecimento

☐ Marcapasso/desfibrilador implantado

☐ Outros: _____

Se for o caso, consulte a seção 3.1 de ‘Médicas e Requisitos para Viagens da Costa Cruzeiros’

- ☐ Condição médica que requer uso de oxigênio comprimido

Se for o caso, consulte a seção 3.4 dos ‘Médicas e Requisitos para Viagens da Costa Cruzeiros’

Especifique o número e o tamanho dos cilindros que o usuário trará a bordo:

Quantidade de cilindros: _____ Tamanho em litros de cada cilindro: _____

Dimensões do cilindro (comprimento x largura x altura): _____

Peso (kg): _____

- ☐ Qualquer condição médica ou nível de autonomia que requer assistência de um cuidador e/ou responsável legal.

Se for o caso, consulte a seção 1.6 de ‘Médicas e Requisitos para Viagens da Costa Cruzeiros’

Se sim, envie a DECLARAÇÃO DO MÉDICO – Formulário A1, preenchido pelo seu médico



- ☐ Qualquer condição médica que requer assistência por um cão de trabalho certificado.

Se for o caso, consulte a seção 1.5 de 'Médicas e Requisitos para Viagens da Costa Cruzeiros'

Se sim, envie a DECLARAÇÃO DO MÉDICO - Formulário A1, preenchida pelo seu médico (não é necessário para cão-guia para deficientes visuais)

- ☐ Carrega medicamentos que precisam de refrigeração?

➤ É necessária uma caixa térmica (apenas para Costa Toscana e Costa Smeralda)

☐SIM ☐NÃO

Se for o caso, consulte a seção 3.11 de 'Médicas e Requisitos para Viagens da Costa Cruzeiros'

Assistência para pessoas com deficiência

Verifique o que se aplica

☐ **Mobilidade prejudicada ou limitada**

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ Scooter de mobilidade | ☐ Andador |
| ☐ Cadeira de rodas manual | ☐ Outros..... |
| ☐ Cadeira de rodas elétrica | |

Marca e modelo:

- Se elétrico, o tipo de bateria usada:

- ☐ Tipo gel
☐ Baterias de lítio
☐ Dry baterias

- Informe as dimensões abertas e fechadas, altura e peso da **sua cadeira de rodas, scooter:**

Fechado: largura: cm de comprimento: cm de altura: cm

Aberto: largura: cm de comprimento: cm de altura: cm

Peso da cadeira de rodas: kg Peso do hóspede: kgs

Altura da cabeça ao chão quando sentado na cadeira de rodas: cm

- Detalhe as dimensões abertas do seu **andador:**

Largura: cm de comprimento: cm de altura: cm

- Informe as dimensões aberto e fechado, a altura e o peso do seu **guincho ou elevador:**

Fechado: largura: cm de comprimento: cm de altura: cm

Aberto: largura: cm de comprimento: cm de altura: cm

- Você consegue subir em um ônibus sozinho?

☐SIM ☐NÃO

Para obter mais informações, consulte a seção 1.2 de 'Médicas e Requisitos para Viagens da Costa Cruzeiros'



☐ **Audição prejudicada (de qualquer grau).**

Se for o caso, consulte a seção 1.3 de 'Médicas e Requisitos para Viagens da Costa Cruzeiros'

- ☐ Gostaria de ter um DISPOSITIVO DE CHAMADA SILENCIOSA em sua cabine? ☐SIM ☐NÃO

☐ **Visão prejudicada (de qualquer grau).**

Se for o caso, consulte a seção 1.4 de 'Médicas e Requisitos para Viagens da Costa Cruzeiros'

- ☐ Precisa levar seu cão-guia certificado a bordo? ☐SIM ☐NÃO
- ☐ Gostaria de ter um DISPOSITIVO DE CHAMADA SILENCIOSA em sua cabine? ☐SIM ☐NÃO

☐ **Fala prejudicada (de qualquer grau)**

Se for o caso, consulte a seção 1.3 de 'Médicas e Requisitos para Viagens da Costa Cruzeiros'

- ☐ Gostaria de ter um DISPOSITIVO DE CHAMADA SILENCIOSA em sua cabine? ☐SIM ☐NÃO

Assistência de emergência

- No improvável caso de uma emergência a bordo, o usuário precisará de assistência da nossa equipe para ir ao ponto de reunião? ☐SIM ☐NÃO

Se sim, indique qual se aplica:

- ☐ Não posso usar as escadas, então precisaria de uma cadeira de evacuação ou maca
- ☐ Eu peso mais de 120 kg
- ☐ Eu peso mais de 150 kg

Para obter mais informações, consulte a seção 1.8 de 'Médicas e Requisitos para Viagens da Costa Cruzeiros'

Assistência de viagem

O usuário precisa de assistência para chegar ao navio? ☐SIM ☐NÃO

O usuário adquiriu transporte aéreo pela Costa Cruzeiros? ☐SIM ☐NÃO

O usuário adquiriu um pacote pré ou pós-cruzeiro pela Costa Cruzeiros? ☐SIM ☐NÃO

Se sim, forneça-nos o FORMULÁRIO PARA TRANSPORTE AÉREO - TERRESTRE - Formulário A2.

Alergias

Você tem alguma alergia alimentar? ☐SIM ☐NÃO

Se for o caso, consulte a seção 5 de 'Médicas e Requisitos para Viagens da Costa Cruzeiros'

Se sim, envie o FORMULÁRIO DE ALERGIAS - Formulário A3

