

FICHA NACIONAL DE REGISTRO DE HÓSPEDES - FNRH



Ministério
do Turismo



IBEROSTAR
HOTELS & RESORTS

Iberostar Praia do Forte
Rodovia Ba 099 Km 56 s/n – Praia do Forte, Bahia, Brasil
Tel: 55 (71) 3676 4200 Fax: 55 (71) 3676 4201
M. de S. João/BA Cep: 48280-000

Apto – *Room Number*

NOME COMPLETO – FULL NAME			TELEFONE – PHONE
E-MAIL			CELULAR – CELL PHONE
PROFISSÃO – OCCUPATION	NACIONALIDADE – CITIZENSHIP	DATA DE NASCIMENTO – BIRTH DATE	GÊNERO – GENDER () FEMININO () MASCULINO
CPF		RG – DOCUMENTO DE IDENTIDADE – TRAVELL DOCUMENT Número: Tipo: Órgão Expedidor:	
RESIDÊNCIA PERMANENTE – PERMANENT ADDRESS			
CIDADE – CITY	ESTADO – STATE	PAIS – COUNTRY	CEP – ZIP CODE
ÚLTIMA PROCEDÊNCIA – ARRIVING FROM País: Estado: Cidade: Country: State: City:		PRÓXIMO DESTINO – NEXT DESTINATION País: Estado: Cidade: Country: State: City:	
MOTIVO DA VIAGEM – PURPOSE OF TRIP () Lazer – Férias () Negócios () Congressos-Feiras () Parentes - Amigos () Estudos - Cursos () Religião () Saúde () Compras () Outros Leisure – Vacation Business Covention – Fair Relatives – Friends Studies – Courses Religion Health Shopping Other			
MEIO DE TRANSPORTE – ARRIVING BY () Avião () Automóvel () Ônibus () Moto () Navio - Barco () Trem () Outro Plane Car Bus Motorcyce Ship – Ferry Boat Train Other			
OBSERVAÇÕES – NOTES			NÚMERO DE HOSPEDES NUMBER OF GUESTS
ENTRADA – CHECK-IN Dia – Mês – Ano / / Hora: :		SAÍDA – CHECK-OUT Dia – Mês – Ano / / Hora: :	

Assinatura do hóspede – Guest's Signature: _____

DECLARO SER O RESPONSÁVEL LEGAL DOS MENORES DE 18 ANOS ABAIXO:

Nome completo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

() CPF () RG () CERTIDÃO DE NASCIMENTO ☐ PASSPORT: _____

Nome completo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

() CPF () RG () CERTIDÃO DE NASCIMENTO ☐ PASSPORT: _____

Nome completo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

() CPF () RG () CERTIDÃO DE NASCIMENTO ☐ PASSPORT: _____

SEGURO DE SAÚDE 24h/dia Contrate na entrada

Custo: R\$ 10,00 (dez reais)
por dia e por pessoa

Inclui: Consultas médicas e cobre apenas as
pessoas incluídas na reserva do apartamento

O valor total do serviço deverá ser pago,
exclusivamente, na entrada.

Em caso de contratação do seguro, o valor pago ou
parte dele não será reembolsado em hipótese
alguma

SEGURO DE SALUD 24h/día Contratar en el check-in

Precio: R\$ 10,00 (diez reales)
por día y por persona

Incluye: Consulta médica y cubre únicamente a
las personas incluidas en la reserva de la
habitación

El valor total deberá ser pagado en el momento del
check-in

En caso de contratación del seguro, el valor total o
parcial no será reembolsado bajo ninguna
hipótesis

HEALTH INSURANCE SERVICE 24h/day Hire at check-in

Price: R\$ 10,00 (ten Real)
per day, per person

Include: Medical consultation and attends only
guests that are included in your room reservation.

The total amount for this service must be paid on
check-in time.

In case of purchase, the total amount or any part
of it is not refundable under any circumstances.

Aceito utilizar o serviço de Seguro Saúde / Acepto el servicio del Seguro de Salud / I accept to use the Health Insurance Service

() Sim / Sí / Yes Total: R\$ _____

() Não / No / No

Assinatura / Firma / Signature: _____