

## COMO RELLENAR EL FORMULARIO DE ENTRADA EN BRASIL

**MJ - DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL - DPMF**  
**CARTÃO DE ENTRADA / SAÍDA**  
 ARRIVAL / DEPARTURE CARD

| <b>1 SEQUENCIAL</b><br><div style="font-size: 2em; font-family: monospace; text-align: center;">047 3614262   3</div>   |  |     |       |     |       |     |      |  |  |  |  |  |  |
|---|--|-----|-------|-----|-------|-----|------|--|--|--|--|--|--|
| <b>2 NOME COMPLETO</b><br><small>FULL NAME</small><br><div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>   |  |     |       |     |       |     |      |  |  |  |  |  |  |
| <b>3 MOTIVO DA VIAGEM - PURPOSE OF TRIP</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>1</b> <input type="checkbox"/> <b>TURISMO - TOURISM</b></p> <p><b>2</b> <input type="checkbox"/> <b>NEGÓCIO - BUSINESS</b></p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><b>3</b> <input type="checkbox"/> <b>CONGRESSOS / CONVENÇÕES</b><br/><small>MEETINGS / CONGRESSES</small></p> <p><b>4</b> <input type="checkbox"/> <b>OUTROS - OTHER</b></p> </div> </div> |  |     |       |     |       |     |      |  |  |  |  |  |  |
| <b>4 NÚMERO DO DOCUMENTO DE VIAGEM - TRAVEL DOCUMENT NUMBER</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>  |  |     |       |     |       |     |      |  |  |  |  |  |  |
| <b>5 NÚMERO DO VÓO / NOME DO NAVIO - FLIGHT NUMBER / NAME OF SHIP</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>  |  |     |       |     |       |     |      |  |  |  |  |  |  |
| <b>USO OFICIAL</b><br><small>OFFICIAL USE</small>   | <b>6 AO CHEGAR, PAÍS DE ORIGEM OU AO SAIR, PAÍS DE DESTINO</b><br><small>ON ARRIVAL, COUNTRY OF ORIGIN / ON DEPARTURE, COUNTRY OF DESTINATION</small><br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>   |     |       |     |       |     |      |  |  |  |  |  |  |
| <b>SÓ PARA RESIDENTES NO BRASIL - ONLY RESIDENTS OF BRAZIL</b><br><b>7 NÚMERO DO RNE - RNE NUMBER</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px; text-align: right;">-</div>  |  |     |       |     |       |     |      |  |  |  |  |  |  |
| <b>PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO POR TODOS - EVERYONE REQUIRED TO COMPLETE</b>  |  |     |       |     |       |     |      |  |  |  |  |  |  |
| <b>USO OFICIAL</b><br><small>OFFICIAL USE</small>   | <b>8 PAÍS DE NACIONALIDADE - COUNTRY OF NATIONALITY</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>   |     |       |     |       |     |      |  |  |  |  |  |  |
| <b>USO OFICIAL</b><br><small>OFFICIAL USE</small>   | <b>9 PAÍS DE RESIDÊNCIA - COUNTRY OF RESIDENCE</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>  |     |       |     |       |     |      |  |  |  |  |  |  |
| <b>10 SEXO - SEX</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <b>MASCULINO</b><br/><small>MALE</small> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <b>FEMININO</b><br/><small>FEMALE</small> </div> </div>  | <b>11 DATA DE NASCIMENTO</b><br><small>DATE OF BIRTH</small><br><table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th style="font-size: 0.8em;">DIA</th> <th style="font-size: 0.8em;">DAY</th> <th style="font-size: 0.8em;">MÊS</th> <th style="font-size: 0.8em;">MONTH</th> <th style="font-size: 0.8em;">ANO</th> <th style="font-size: 0.8em;">YEAR</th> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | DIA | DAY   | MÊS | MONTH | ANO | YEAR |  |  |  |  |  |  |
| DIA   | DAY  | MÊS | MONTH | ANO | YEAR  |     |      |  |  |  |  |  |  |
|   |  |     |       |     |       |     |      |  |  |  |  |  |  |