



TERMO MÉDICO

Eu,		
RG:	CPF:	Data de Nascimento:
Tipo Sanguíneo:	Telefone:	Cidade/Estado:
Contato de emergência:		
Grau de parentesco:		Cidade/Estado:
Telefone:		

Inscrito como participante na **JARAGUÁ SKYMARATHON 2023**, na prova de _____ km, que se realizará nos dias 21 e 22 de abril de 2023, no município de Jaraguá do Sul – SC, informo e atesto os seguintes dados:

- 1 - Você tem algum problema de saúde? Qual? _____
2 - Você está em tratamento médico? Qual? _____
3 - Você é alérgico a algum tipo de medicamento? Qual? _____

4 - Você tem ou já teve alguns destes problemas de saúde? (se sim, assinale):
() Hepatite. Tipo _____; () Anemia; () Problemas cardíacos; () Hipertensão;
() Febre Reumática; () Sífilis; () Alergias; () Hipertireoidismo; () Tuberculose;
() Desmaios; () HIV; () Labirintite;

5 - Você já foi submetido a alguma cirurgia? Qual? _____

6 - Você realizou algum teste de esforço recente? _____. Alguma patologia? _____

7 - Se você for sexo feminino, existe alguma chance de estar grávida? () Sim; () Não;

8 - Possui Convênio Médico ou Seguro de Saúde? _____

Especifique: _____

9 - Existe outra informação pertinente à sua saúde que devemos saber?

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e assumo a responsabilidade por sua exatidão.

Data : ____/____/____

Assinatura atleta : _____

Para menor de 18 anos :

Responsável _____

Assinatura : _____