

**ATESTADO MÉDICO**

Equipe: \_\_\_\_\_ Numeral: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( )

Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Fone residencial: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Em caso de urgência, ligar para: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Seguro Saúde: Sim ( ) Não ( ). Qual? \_\_\_\_\_

Fone contato: \_\_\_\_\_ Possui resgate aero médico: Sim ( ) Não ( )

1 - Faz uso de medicamentos atualmente? Especifique: \_\_\_\_\_

2 - Você é alérgico (a) algum tipo de medicamento? Qual: \_\_\_\_\_

3 - Relate quaisquer outras alergias que você tenha (comida, rinite alérgica, pólen, poeira, picadas de insetos.): \_\_\_\_\_

4 - Você fez tratamento com acompanhamento médico contra alguma doença nos últimos três anos? Quais? \_\_\_\_\_

5 - Você tem tido alguns dos seguintes sintomas ou foi diagnosticado com (assinale):

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Falta de ar;      | <input type="checkbox"/> Tonturas;      | <input type="checkbox"/> Perda de audição;                  |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia;      | <input type="checkbox"/> Visão turva;   | <input type="checkbox"/> Dor no peito;                      |
| <input type="checkbox"/> Sangue nas fezes; | <input type="checkbox"/> Tuberculose;   | <input type="checkbox"/> Dormência dos braços e das pernas. |
| <input type="checkbox"/> Náusea/Vômitos;   | <input type="checkbox"/> Pressão Alta;  | <input type="checkbox"/> Hepatite; De qual tipo? _____.     |
| <input type="checkbox"/> Dores de Cabeça;  | <input type="checkbox"/> Pressão Baixa; |   |
| <input type="checkbox"/> Sangue na urina;  | <input type="checkbox"/> Palpitações;   |   |

6 - Você sofreu alguma cirurgia recentemente? Especifique: \_\_\_\_\_

7 - Qual é o seu tipo sanguíneo e fator RH? Tipo \_\_\_\_\_ Fator RH \_\_\_\_\_

8 - Se você for do sexo feminino, existe alguma chance de você estar grávida? \_\_\_\_\_

9 - Existe alguma outra informação pertinente à sua saúde que nós deveríamos saber  
( ) Sim ( ) Não

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do atleta responsável