



ANEXO 2

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 no **Desafio dos Rochas Trail Run 2024**, na prova de \_\_\_\_\_ km, que se realizará nos dias 01 e 02 de novembro de 2024, no município de Pomerode – 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 : \_\_\_\_\_