

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