



**FICHA MÉDICA**  
**Obrigatório o preenchimento de todos os campos.**

**Equipe:**  
**Categoria:**

**PRÓ**  **Expedição Quartetos**  **Expedição Dupla Mista**  **Expedição Dupla**  **Aventura Dupla Mista**  **Aventura Dupla**  **Aventura Solo**

Nome: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Telefones: \_\_\_\_\_ TIPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_

1 - Você tem tomado medicamentos atualmente (receitados ou não por médico)? Se a resposta for positiva, especifique os tipos e as quantidades que você está tomando:

2 - Você é alérgico a algum tipo de medicamento?  
Se a resposta for positiva, especifique.

3 - Por favor, relate quaisquer outras alergias que você tenha (comida, rinite alérgica, pólen, poeira) e se você se submeteu/submeteu a algum tipo de tratamento relacionado a elas:

4 - Você fez tratamento com acompanhamento médico contra alguma doença nos últimos três anos?  
Se a resposta for positiva, descreva-o:

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

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

6 - Você sofreu alguma cirurgia nos últimos três anos?  
Se a resposta for positiva especifique.

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

8 - Você usa óculos ou lentes de contato?

9 - Existe alguma outra informação pertinente à sua saúde que nós deveríamos saber?

- Sim: \_\_\_\_\_  
 Não.

10 - Nome de seu convênio Médico ou Seguro Saúde (favor anexar cópia dos cartões de credenciamento)

12 - Nome, endereço e telefone do médico que deverá ser avisado em caso de incidentes:

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

Datar e assinar

Esta ficha deverá ser preenchida preferencialmente por um Médico Cardiologista ou Clínico Geral.