

TERMO MÉDICO

Eu, _____
RG: _____, CPF: _____ DATA DE NASC: ____/____/____
GRUPO SANGUÍNEO E FATOR RH: _____
EM CASO DE EMERGENCIA CONTATAR: _____
GRAU DE PARENTESCO: _____
CIDADE E ESTADO _____
TELEFONE 1 : () _____ TELEFONE 2 : () _____

Inscrito como participante na **ULTRA TRAIL ROTA DAS ÁGUAS**, na prova de _____ Km, que se realizará no dia 07 de novembro de 2020, no município de Gaspar – 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 do atleta: _____

Para menor de 18 anos:

Responsável: _____

Assinatura do responsável: _____