



## TERMO MÉDICO

Eu, \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_ DATA DE NASC: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
GRUPO SANGUINEO 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 24 de março de 2018, 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 atleta : \_\_\_\_\_

Para menor de 18 anos :

Responsável \_\_\_\_\_

Assinatura : \_\_\_\_\_