

# 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 na **ULTRA TRAIL RIBEIRÃO DAS PEDRAS**, na PROVA DE : \_\_\_\_ Km, que se realizará no dia 19 de agosto de 2017, no município de Indaial – SC, como participante informo e atesto os seguintes dados:

1 - Voce tem algum problema de saúde? Qual?

2 - Voce está em tratamento médico? Qual

3 - Voce é alérgico a algum tipo de medicamento? Qual?

4 - Voce 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 - Voce já foi submetido a alguma cirurgia? Qual?

6 - Você realizou algum teste de esforço recente? \_\_\_\_\_  
alguma patologia? \_\_\_\_\_

7 - Se voce for sexo feminino, existe alguma chance de estar grávida? Sim ( ) Não ( )

8 - Possui Convenio Médico ou Seguro de Saúde? \_\_\_\_\_  
Especifique: \_\_\_\_\_

9 - Existem 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 :

---