



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 ROTA DAS ÁGUAS**, que se realizará no dia 25 de março de 2017, no município de Gaspar-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 : _____