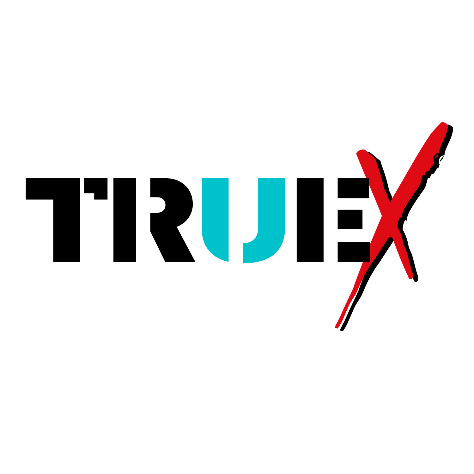
****

**Dados médicos**  
  
Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( ) Nascimento:\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_Idade:\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF: \_\_\_\_   
Fones: Residencial: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Urgência Ligar para: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fone: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Faz uso de medicamentos atualmente?  
Qual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Alérgico (a) algum tipo de medicamento?   
Qual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Possui alguma outra alergia (comida, poeira, picadas de insetos, etc.):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.   
Você fez algum tratamento médico contra alguma doença nos últimos três anos?   
Quais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Teve ou sentiu alguns dos seguintes sintomas relacionados abaixo:   
( ) Taquicardia ( ) Náusea/Vômitos  
( ) Dores de Cabeça ( ) Sangue na urina ( ) Tonturas ( ) Visão turva   
( ) Tuberculose ( ) Pressão Alta ( ) Falta de ar ( ) Pressão Baixa   
( ) Dormência dos braços e das pernas ( ) Sangue nas fezes ( ) Palpitações  
( ) Dor no peito ( ) Tosse ( ) Tem Febre T 37,5 ºC   
( ) Esteve em contato nos últimos 14 dias com caso Diagnosticado com COVID-19?   
( ) outros sintomas? Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  
Você fez alguma cirurgia recentemente?   
Qual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro verídicas as informações acima e assumo a responsabilidade por sua exatidão.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Assinatura e nome do atleta

Gaspar, SC \_\_\_\_ de março de 2025