****

 **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