

CERTIFICADO MÉDICO PARA ESPORTE DE ALTA INTENSIDADE

ATLETA:	
RG:	CPF:
Data de nascimento ____/____/____	Tel:
Tipo sanguíneo: _____	
Contato de emergência:	
Grau de parentesco	Tel.:
Assinatura do Atleta:	

- 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 S, se não N):
() 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?

MÉDICO

Eu, Dr. (nome, sobrenome) _____
Nascido em (cidade, país) _____
Em (____/____/____) com consultório em (endereço completo) _____
_____ telefone _____

DECLARO Que o(a) meu paciente acima de acordo com os resultados dos exames médicos, encontra-se saudável e encontra-se apto(a) para a prática de esportes competitivos de alta intensidade em geral.

Este certificado é válido por 1 ano.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____