



## **TERMO MÉDICO THE BRIDGE SUP CUP 2019**

### INFORMAÇÕES DO ATLETA

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_  
Emergência ligar: Telefones \_\_\_\_\_  
Nome do contato \_\_\_\_\_ Grau de parentesco \_\_\_\_\_  
Plano de Saúde: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Alérgico a medicamentos? oS oN Qual? \_\_\_\_\_  
Alérgico a alguma coisa? oS oN O que? \_\_\_\_\_  
Distúrbio cardíaco? oS oN / Epilepsia e convulsões? oS oN /  
Distúrbionervoso ou mental? oS oN /  
Tratamento cirúrgico? oS oN Qual? \_\_\_\_\_  
Faz uso de medicamentos? oS oN Quais? \_\_\_\_\_  
Tipo sanguíneo e fator Rh: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, até hoje, não fui impedido de participar de qualquer outro esporte por motivos médicos. Em caso de emergência autorizo qualquer pessoa qualificada a administrar o tratamento necessário, médico e/ou cirúrgico, incluindo a administração de sangue e derivados sanguíneos. Autorizo também que as informações relativas ao meu estado de saúde sejam dadas pelo médico responsável para o diretor da prova, bem como para meu próprio médico e/ou meus parentes. Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras. Declaro para os devidos fins que estou ciente e de acordo com o regulamento desta competição e isento os organizadores, promotores, patrocinadores e supervisores deste evento de toda e qualquer responsabilidade sobre quaisquer consequências que possam advir de minha participação nesta prova.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Atleta Assinatura do Responsável

\_\_\_\_\_  
RG do Atleta ou Responsável