

DA FICHA MÉDICA PARA PARTICIPAÇÃO NO EVENTO MOTO1000GP-2024

Piloto, _____,
portador do CPF nº. _____ e RG nº. _____, nascido em: ____/____/____,
Licença Desportiva CBM nº. _____, categoria _____.

1 Possui plano de assistência à saúde? () Sim () Não. Qual? _____.

2. Se sim, com remoção aérea? () Sim () Não. Nº do Cartão: _____.

3. Qual seu tipo sanguíneo e o fator RH? _____.

4. Em caso de emergência quem deve ser avisado? Nome _____.

Nº. do Telefone Celular: _____.

5. Possui alguma alergia? () Sim () Não.

Qual? _____.

6 Possui Diabetes? () Sim () Não

7. Caso precise realizar algum exame de imagem, você já usou contraste? () Sim () Não

8. Possui alguma doença crônica (ex: Hipertensão...)? () Sim () Não.

Se sim, qual(ais)? _____.

9. Faz uso regular de algum(uns) medicamento(s)? () Sim () Não.

Se sim, qual(ais)? _____.

10. Possui alguma doença cardíaca, ou já teve algum tipo de mal súbito, desmaio, convulsão, epilepsia, infarto? () Sim () Não.

Se sim, o que e quando? _____.

11. Já sofreu intervenção cirúrgica ou tem implantado pino, placa, etc.? () Sim () Não.

Se sim, o que e onde? _____.

Informações erradas ou omissões na Ficha de Inscrição implicarão na exclusão ou desclassificação do participante ou piloto inscrito, sem prejuízo de sanções desportivas, que possam vir ser aplicadas concomitantemente.

Local, _____, data ____/____/____

Nome: _____

CPF: _____

As partes reconhecem expressamente a veracidade, autenticidade, integridade, validade e eficácia deste instrumento, se firmado por meio digital, e reconhecem como manifestação válida de anuência a sua assinatura em formato eletrônico e/ou por meio de certificados eletrônicos