



FICHA DE DADOS PESSOAIS E MÉDICOS

NOME COMPLETO:
TELEFONE:

IDADE:	
TIPO SANGUÍNEO:	FATOR RH:
CONTATO EM CASO DE EMERGÊNCIA	
TELEFONE:	
PLANO DE SAÚDE:	()sim ()não
Caso tenha respondido SIM na questão anterior, qual o seu plano ?	
VACINADO COVID 19 ?	()sim ()não
Já pegou COVID 19 ?	()sim ()não
Caso tenha respondido SIM na questão anterior, qual foi o período ?	

ALERGIAS (MEDICAMENTOS, COMIDAS, PICADAS)	
--	--

USO DE MEDICAMENTOS:

RELACIONE OS MEDICAMENTOS DE USO REGULAR, INCLUINDO DOSAGEM, FREQUÊNCIA, EFEITOS COLATERAIS

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:

Declaro que li e conheço o Regulamento, e que estou em plenas condições físicas e psicológicas de participar desta PROVA e estou ciente que não existe nenhuma recomendação médica que me impeça de praticar atividades físicas. Não possuo nenhuma doença pulmonar, cardiovascular ou renal, ou um perfil de risco elevado para complicações em caso de uma infecção pelo COVID-19. Não apresento nenhum sintoma de uma infecção pelo COVID 19, até o momento. Assumo, por minha livre e espontânea vontade, todos os riscos envolvidos e suas consequências pela participação nesta PROVA, e a responsabilidade sobre a veracidade das informações aqui prestadas.

BRASÍLIA, _____, DE _____ DE 20_____.

ASSINATURA _____.