****

**CAMINHADA ADULTO – Etapa Castanhal 2019**

**Nome Completo:** **..................................................................................................................................**

**Data de Nasc. : / / Academia/Assessoria: ...............................................**

**Endereço:...................................................................................................................**

**Cidade: ............................. UF: ....................... CEP:...........................**

**Telefone: Com.:.................... Res. : ........................ Cel.: ..........................**

**RG: ..................................................... CPF:...................................................**

**Carteira do Sesc .......................................... Data de validade: ....../......./...........**

**Bairro: ........................................... E-mail: .....................................................**

**TRABALHADOR DO COMÉRCIO/DEPENDENTE** :

MASCULINO: ( ) 18 ANOS

FEMININO: ( ) 18 ANOS

**PÚBLICO EM GERAL:**

MASCULINO: ( ) 18 ANOS

FEMININO: ( ) 18 ANOS

**IDOSO (GRATUITO):**

MASCULINO: ( )

FEMININO: ( )

**FICHA CLÍNICA**

1. Faz uso de algum medicamento? ( ) Sim ( ) Não. QuaL? ............................................
2. É alérgico a algum medicamento? ( )Sim ( ) Não. Qual? ..........................................
3. É diabético? Em caso afirmativo, usa insulina? ..........................................................
4. É hipertenso ou tem antecedentes de cardiopatia ou coronariopatia?..........................
5. Sofreu algum (ns) traumatismo (s) grave nos últimos dois anos? Caso afirmativo, onde? ...............................................................................................................................
6. Foi proibido de fazer exercícios, por médico, nos últimos dois anos, temporariamente? Especifique as causas?..............................................................................................

7. Você deseja que a equipe médica seja avisada de algum problema de saúde específico?

 ( ) Sim ( ) Não. Qual? ...........................................................................................

8. Tipo sanguíneo/ Fator RH: .......................................................................................

9. Você possui plano de saúde? ( ) Sim ( ) Não. Qual? .................................................

10. Contato (nome e telefone) em caso de acidente: .....................................................

**DECLARO QUE PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS, QUE ME ENCONTRO EM PERFEITAS CONDIÇÕES DE SAÚDE, ESTANDO DEVIDAMENTE PREPARADO (A) PARA DISPUTA DA PROVA EM QUESTÃO. FICANDO A ORGANIZAÇÃO, PARCEIROS OU QUAISQUER OUTROS ENVOLVIDOS, ISENTOS DE CULPA POR POSSÍVEIS OCORRÊNCIAS.**

**DECLARO AINDA QUE CONHEÇO E CONCORDO COM O REGULAMENTO APRESENTADO E AUTORIZO A UTILIZAÇÃO DE MINHA IMAGEM POR MEIO DE FOTOGRAFIAS, FILMES E VÍDEOS OU QUALQUER OUTRO TIPO DE REGISTRO PARA A DIVULGAÇÃO DO EVENTO**.

**Local: Data: / /**

**Assinatura do PARTICIPANTE (somente a partir de 18 anos)**