



ANAMNESE 2023

Nome:	_____		
Endereço:	_____		
Celular:	_____	E-mail:	_____
Data de Nascimento:	_____	Profissão:	_____
Escolaridade:	_____	Estado civil:	_____

Peso: _____ Kg Estatura: _____ m
Fumante: (___) sim (___) não. Parou há quanto tempo? _____
Presença de doenças (hipertensão, diabetes, epilepsia, cardiopatia etc.):
(___) sim (___) não. Quais? _____
Medicação em uso: _____
Intervenções cirúrgicas: (___) sim (___) não.
Quais? _____
Lesões musculares e/ou articulares anteriores ou atuais: (___) sim (___) não.
Quais? _____ Tipo Sanguíneo: _____ Fator RH: _____
Teve sintomas recentes ou já contraiu a Covid-19 (quando?): _____
Já foi vacinado contra Covid-19? _____ Números de doses? _____
Pratica canoagem há quanto tempo? _____
Faz uso de suplemento alimentar? (___) sim (___) não.
Qual? _____
Alergia (especifique): _____
Acompanhamento médico (nome e telefone): _____
Observações: _____

Em caso de emergência falar com: _____
Contato telefônico: _____
Plano de saúde (numeração): _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL: Estou de acordo com o termo de responsabilidade. Declaro que:

- Li e estou plenamente de acordo com o regulamento particular inserido e divulgado no Instagram @desafioteresinaentrerios, assim como no site de inscrição xcrono.com.br;

- Participo do evento **Desafio Teresina Entre Rios 2023**, por livre e espontânea vontade, isentando de qualquer responsabilidade os **Organizadores, Patrocinadores e Realizadores**, em meu nome e de meus sucessores;
- Estou ciente de meu estado de saúde, além de estar capacitado (a) para a participação, gozando de saúde perfeita;
- Estou ciente que para receber o kit da prova e conseqüentemente participar do evento, deverei apresentar, via e-mail, desafioteresinaentrerios@hotmail.com , o **Certificado de Anamnese** devidamente assinado até o dia **15/06/2023**.

Eu, _____, reconheço que os dados descritos nesta anamnese é a expressão da verdade e estou de acordo com o termo de responsabilidade acima descrito.

Data e Assinatura da(o) atleta

