



## 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 @desafioteresinaentrierios, 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](mailto: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

