**ANEXO II – EDITAL AUXÍLIO ATLETAS**

**ATESTADO E FICHA MÉDICA**

Este formulário é usado para relato e acompanhamento médico do atleta quanto a sua condição de saúde. Este documento será usado somente pela CBGolfe para suas devidas atividades.

O formulário deverá ser preenchido de forma completa, carimbado e assinado pelo médico responsável pelo(a) atleta, preferencialmente em LETRA DE FORMA ou digitado.

O preenchimento adequado deste formulário é parte fundamental do processo de avaliação da saúde do atleta, que é obrigatório aos beneficiados pelo “Auxílio Atletas”.

1. **Informação do atleta:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome Completo: |  | | | |
| Gênero: | Feminino ❑ Masculino ❑ | Data de nascimento (dd/mm/aaaa): | |  |
| Endereço: |  | | | |
| Cidade: |  | | UF: |  |
| CEP: |  | País: | |  |

|  |
| --- |
| Nome do plano e Número da carteira |

Plano de saúde:

1. **Informações Médicas**

2.1 O quadro abaixo destina-se a uma revisão sistêmica, no qual pedimos para que alguma alteração seja assinalada. No caso de positivo por favor descrever as doenças pregressas ou atuais. No caso de alguma doença atual favor descrever no item 2.2, detalhadamente.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | História de doença antiga já solucionada? | Relato de doença atual, em tratamento ou sob investigação? |
| ❑ Músculo-esquelético | Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim | Em caso de positivo, favor assinalar e detalhar no quadro 2.2 |
| ❑ Respiratório | Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim | Em caso de positivo, favor assinalar e detalhar no quadro 2.2 |
| ❑ Cardio-vascular | Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim | Em caso de positivo, favor assinalar e detalhar no quadro 2.2 |
| ❑ Digestivo | Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim | Em caso de positivo, favor assinalar e detalhar no quadro 2.2 |
| ❑ Nervoso | Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim | Em caso de positivo, favor assinalar e detalhar no quadro 2.2 |
| ❑ Urinário | Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim | Em caso de positivo, favor assinalar e detalhar no quadro 2.2 |
| ❑ Endócrino | Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim | Em caso de positivo, favor assinalar e detalhar no quadro 2.2 |
| ❑ Reprodutor | Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim | Em caso de positivo, favor assinalar e detalhar no quadro 2.2 |
| ❑ Outras alterações não classificáveis | Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim  Doença/ Data início / Data fim | Em caso de positivo, favor assinalar e detalhar no quadro 2.2 |

2.2 Resumo do quadro de saúde atual do atleta.

2.3 Uso de medicação, complementos ou suplementos alimentares

* 1. Acompanhamento ou tratamento por outra especialidade médica ou por outra área, não médica (fisioterapia, nutrição, psicologia). Se possível adicionar o motivo, o tratamento e o contato do profissional.
  2. Alergias:

2.6 História vacinal:

Nome da vacina/ válida até

Nome da vacina/ válida até

Nome da vacina/ válida até

Nome da vacina/ válida até

Nome da vacina/ válida até

Nome da vacina/ válida até

Nome da vacina/ válida até

Nome da vacina/ válida até

1. **Informação do médico:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ❑ **Eu declaro que as informações acima são verdadeiras e que o (a) atleta não apresenta doença conhecida que o (a) desabone na prática de esporte competitivo.** | | | | | | |
| Nome do médico: |  | | | | | |
| Especialidade médica: | |  | | | | |
| CRM e estado do registro: | |  | | | | |
| Endereço: |  | | | | | |
| Cidade: |  | | | CEP: | |  |
| Tel.: |  | | | e-mail: | |  |
| Nome complete do(a) atleta: | | |  | | | |
| Carimbo Assinatura e Data: |  | | | |  |  |
|  |  | | |  | |  |