

## INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Possui seguro saúde? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_  
Em caso de emergência, pessoa de contato: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_

## FORMULÁRIO MÉDICO

- 1) Possui alguma alergia? ( ) Sim ( ) Não  
Qual o tipo de reação? \_\_\_\_\_  
Qual a medicação necessária? \_\_\_\_\_
- 2) Faz uso de algum medicamento? ( ) Sim ( ) Não  
Qual? \_\_\_\_\_  
Com qual frequência? \_\_\_\_\_  
Qual dosagem? \_\_\_\_\_
- 3) Você fuma? ( ) Sim ( ) Não
- 4) Você bebe? ( ) Sim ( ) Não
- 5) Com que frequência você pratica exercício físico? \_\_\_\_\_  
Qual a intensidade de seus treinos? ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Intensa
- 6) Outras informações que considere relevante sobre sua saúde ou estado físico?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 7) Teve COVID-19? ( ) Sim ( ) Não  
Tomou as duas doses do imunizante contra COVID-19? ( ) Sim ( ) Não