

| | |
|----------------------------|--|
| Nome ⁽¹⁾ | |
|----------------------------|--|

(1) Repetir o nome do requerente no cabeçalho da 2ª folha

| | |
|---------------|--|
| Morada | |
|---------------|--|

| | | | | | | | |
|-------------------|--|--------------------|--|---------------------------|--|--|--|
| Localidade | | Cod. Postal | | Data de Nascimento | | | |
|-------------------|--|--------------------|--|---------------------------|--|--|--|

| | | | |
|--------------------------|--|----------------------|--|
| Localidade Postal | | Nacionalidade | |
|--------------------------|--|----------------------|--|

| | | | | | | | |
|---------------|--|-----------------------------|--|-----------------|--|--|--|
| E-mail | | B.I./C.C./Passaporte | | Validade | | | |
|---------------|--|-----------------------------|--|-----------------|--|--|--|

| | | | | | | | | | |
|------------------------|--|-----------|--|-------------------------------|--|--|--|-------------------|--|
| Grupo Sanguíneo | | Rh | | Vacinação Antitetânica | | | | Inoculação | |
|------------------------|--|-----------|--|-------------------------------|--|--|--|-------------------|--|

| 1. | DECLARAÇÕES PESSOAIS | SIM | NÃO | ANO |
|----|--|-----|-----|-----|
| 1 | Esteve hospitalizado? | | | |
| 2 | Foi operado? | | | |
| 3 | Perdas de consciência? | | | |
| 4 | Epilepsia? | | | |
| 5 | Teve alguma lesão no desporto? Qual? | | | |
| 6 | Hábitos Alcoólicos? | | | |
| 7 | Hábitos Tabagísticos? | | | |
| 8 | Consumo de Narcóticos / Estimulantes / Outras substâncias | | | |
| 9 | Toma regularmente algum medicamento? Qual | | | |
| 10 | Doenças Alérgicas? | | | |
| 11 | Asma, Pneumotorax, Tuberculose, outras doenças pulmonares? | | | |
| 12 | Doenças do Aparelho Digestivo? | | | |
| 13 | Doenças do Coração? | | | |
| 14 | Doenças Renais? | | | |
| 15 | Doenças Ósseas (Coluna, Articulações)? | | | |
| 16 | Diabetes? | | | |
| 17 | Doenças do Sangue? | | | |
| 18 | Doenças Mentais? | | | |
| 19 | Doenças de Pele? | | | |
| 20 | Teve alguma doença que não foi aqui mencionada? Qual? | | | |
| 21 | Já fez um Exame Médico Desportivo? | | | |
| 22 | Resultado do Exame Anterior? | | | |

O detentor deste boletim declara:

- 1 - Que deu informações exactas, quanto ao seu estado psíquico e físico, presente e passado.
- 2 - Que se compromete, a não fazer uso de drogas ilícitas e/ou métodos proibidos, pela Agência Mundial Antidopagem

Assinatura

Nome do Requerente ⁽¹⁾

| 2. | ANTECEDENTES FAMILIARES | SIM | NÃO |
|--|--------------------------|-----|-----|
| 1 | Doenças Cardiovasculares | | |
| 2 | Morte Súbita | | |
| 3 | Asma | | |
| 4 | Diabetes | | |
| 5 | Epilepsia | | |
| 6 | Tumores | | |
| 7 | Doenças Hematológicas | | |
| 8 | Outros | | |
| Nº de Código se SIM: Pais 1 ; Avós 2 ; Irmãos 3 | | | |

| 3. | ANTECEDENTES PESSOAIS | SIM | NÃO |
|----|--|-----|-----|
| 1 | Operações | | |
| 2 | Perdas de Consciência | | |
| 3 | Traumatismos Cranianos/Fraturas Ósseas | | |
| 4 | Cardiopatias | | |
| 5 | Doenças do Aparelho Digestivo | | |
| 6 | Asma/Bronquite/Alergias/Renite | | |
| 7 | Hepatites | | |
| 8 | Diabetes | | |
| 9 | Epilepsia | | |
| 10 | Hábitos Alcoólico/Tabágicos | | |
| 11 | Vacinas Actualizadas (Tétano/Hepatite B) | | |

| 4. | ANTECEDENTES DESPORTIVOS | SIM | NÃO |
|----|--|-----|-----|
| 1 | Já fez desporto de competição? | | |
| 2 | Faz desporto regularmente? | | |
| 3 | Vai retomar a actividade física? | | |
| 4 | Quantos Treinos Semanais? (Nº de Horas p/Treino) | | |

| 5. | EXAME BIOMÉTRICO | MEDIDAS |
|----|------------------|---------|
| 1 | Peso | Kg |
| 2 | Estatura | Cm |

| 6. | EXAME ECTOSCÓPICO | NÃO | SIM |
|----|------------------------------------|-----|-----|
| 1 | Desenvolvimento Normal | | |
| 2 | Alteração Dermatológica/Cicatrizes | | |
| 3 | Escoliose/Cifose/Lordose | | |
| 4 | Dismetria dos Membros | | |
| 5 | Genus Valgus/Genus Varus | | |
| 6 | Pé Plano/Pé Cavo | | |
| 7 | Hérnias/Varizes | | |
| 8 | Outros | | |

| 7. | EXAME OFTAMOLÓGICO | DIR | ESQ |
|----|--|-----|-----|
| 1 | Acuidade Visual s/ Correção | /10 | /10 |
| 2 | Acuidade Visual c/ Correção (Óculos/Lentes Contacto) | /10 | /10 |
| 3 | Miopia/Hipermetropia/Estrabismo/Astigmatismo | | |
| 4 | Visão de Cores | | |
| 5 | Outros | | |

| 8. | EXAME O.R.L. | L.D | | L.E | |
|----|-----------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| | | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 1 | Audição a 5 metros sem Alterações | | | | |
| 2 | Sinusite /Otite/Outros | | | | |

| 9. | EXAME ESTOMATOLÓGICO | SIM | NÃO |
|----|---|-----|-----|
| 1 | Sem Cárie/Cárie Tratada/Faltas/Próteses | | |
| 2 | Cáries não Tratadas | | |

| 10. | EXAME DO ABDÓMEN | SIM | NÃO |
|-----|-----------------------|-----|-----|
| 1 | Organomegalia/Hérnias | | |
| 2 | Outros. Quais? | | |

| 11. | EXAME GÉNITO-URINÁRIO | SIM | NÃO |
|-----|----------------------------------|-----|-----|
| 1 | Menarca | | |
| 2 | Alterações do Ciclo Menstrual | | |
| 3 | Hematuria/Proteínuria/Glicosúria | | |
| 4 | Outros. Quais? | | |

| 12. | EXAME CÁRDIO-CIRCULATÓRIO E RESPIRATÓRIO | SIM | NÃO |
|-----|--|-----|-------|
| 1 | Pulso Radial (Simétrico/Palpáveis/Sincronos) | | |
| 1.1 | Pulso Femural (Simétrico/Palpáveis/Sincronos) | | |
| 2 | Auscultação Cardíaca Normal | | |
| 3 | Auscultação Pulmonar Normal | | |
| 4 | E.C.G. Normal - obrigatório a partir dos 45 anos | | |
| 5 | E.C.G. de esforço recomendado a partir dos 45 anos, Obrigatório p/ licenças internacionais | | |
| 6 | Radiografia do Torax Normal (recomendada) - Data / / | | |
| 7 | Outros | | |
| 8 | Frequência Cardíaca | | min. |
| 9 | Pressão Arterial | | Mm Hg |

OBS. (Descrição da Patologia Referenciada ou outros Exames)

| | | | |
|----|--|--|--|
| A. | | | |
| B. | | | |
| C. | | | |
| D. | | | |
| E. | | | |
| F. | | | |
| G. | | | |
| H. | | | |

Face ao exame efectuado, declaro que, o detentor se encontra apto, segundo as normas médicas da FIA e FPAK, para a prática do Desporto Automóvel.

Data ____/____/____ Nº Cédula

Profissional _____

Colocar Vinheta ou Carimbo