

## FICHA MEDICA

<b>Nome Completo:</b>	
<b>Idade:</b>	<b>Data de nascimento:</b>
<b>Pressão Arterial: Máxima      Mínima</b>	<b>Frequência Cardíaca:</b>
<b>Tipo Sanguíneo:</b>	<b>Peso:                      Altura:</b>
<b>Tem Diabete?</b>	<b>Já teve Hepatite B?</b>
<b>Já teve Enfarte?</b>	<b>Já teve AVC?</b>
<b>Já teve trombose?</b>	<b>Tem pressão alta:</b>
<b>Gestante? Sim ____ Não ____</b>	<b>Quantas semanas na data do embarque:</b>
<b>Esta tomando algum remédio?</b>	<b>Qual (is):</b>
<b>Possui algum tipo de alergia em relação a algum medicamento ou alimentação?</b>	
<b>Quais:</b>	
<b>Tem algum tipo de doença que esta fazendo tratamento?</b>	
<b>Quais:</b>	
<b>Necessidades especificas de alimentação:</b>	
<b>Quais:</b>	

**Em caso de alguma emergência avisar a:**

<b>Nome Completo:</b>	
<b>Endereço:</b>	
<b>Grau de Parentesco:</b>	
<b>Tel. Residencial:</b>	<b>Tel. Comercial:</b>
<b>Tel. Celular:</b>	<b>e-mail:</b>

**Declaro para todos os devidos fins expressar a verdade nas informações acima preenchidas, estar apto(a) para participar deste pacote/caravana: \_\_\_\_\_ e conhecer as condições gerais e as coberturas do seguro de viagem incluído no pacote.**

**Nome por extenso**

<b>Data: ____ / ____ / ____</b>	<b>Assinatura:</b>
---------------------------------	--------------------