



Cross Run & Duathlon Araucária

Possui Plano de saúde?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, qual plano? _____

Número da carteirinha do plano: _____

Usa algum medicamento?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, qual medicação? _____

Possui alergia a medicamentos?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, qual tipo? _____

Faz uso contínuo de medicamento?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, qual? _____

Possui alguma restrição médica, doença pré-existente ou condição de saúde relevante?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, qual? _____

Alguma outra informação relevante? _____

Nome Completo: _____

Email: _____

CPF: _____

Nome Completo do contato de emergência: _____

Telefone do contato de emergência: () _____

Grau de parentesco/relacionamento do contato de emergência: _____