

## FICHA MEDICA

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

Em caso de alguma emergência avisar a:

Nome Completo:	
Endereço:	
Grau de Parentesco:	
Tel. Residencial:	Tel. Comercial:
Tel. Celular:	e-mail:

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

Data: ____ / ____ / ____	Assinatura:
--------------------------	-------------