

Registro de Membro



Função: _____

Nome: _____

Sexo: () Feminino () Masculino Data de Nascimento: ____/____/____

Telefone: () _____ Celular: () _____

E-mail: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Referência: _____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____

CPF: _____ Passaporte: _____

Cert. de nascimento (modelo antigo): Nº da Ordem _____ Folha _____ Livro nº _____

Cert. de nascimento (modelo novo): _____

Profissional de Saúde: _____ Doc. Profissional: _____

() Dentista () Enfermeiro () Fisioterapeuta () _____

() Médico () Socorrista () Tec. de Enfermagem

Nome do Pai: _____

Telefone do Pai: () _____ Celular do Pai: () _____

E-mail do Pai: _____

Nome da mãe: _____

Telefone da mãe: () _____ Celular da mãe: () _____

E-mail da mãe: _____

Caso não tenha pai ou mãe, preencha o nome do responsável legal.

Nome do responsável Legal: _____

Telefone: () _____ Celular: () _____

E-mail do responsável: _____

CPF do Responsável: _____ Se a criança não tem CPF próprio, preencha o CPF do responsável.

Tamanho da Camiseta: _____

Estado Civil: () Casado () Divorciado () Não informado () Solteiro () Viúvo

Batizado: () Sim () Não

Data de hoje: ____/____/____ Local: _____

Me responsabilizo por todas as informações desta Ficha de Cadastro, e garanto como fiel e verdadeiro

Assinatura do Responsável

CPF do Responsável

Ficha de Saúde



Nome: _____

Plano de Saúde: _____

Nº do cartão SUS: _____ Data de hoje: ____/____/____

Quais doenças já teve:

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Catapora | <input type="checkbox"/> Meningite | <input type="checkbox"/> Hepatite | <input type="checkbox"/> Dengue |
| <input type="checkbox"/> Pneumonia | <input type="checkbox"/> Malária | <input type="checkbox"/> Febre amarela | <input type="checkbox"/> H1N1 |
| <input type="checkbox"/> Cólera | <input type="checkbox"/> Rubéola | <input type="checkbox"/> Sarampo | <input type="checkbox"/> Tétano |
| <input type="checkbox"/> Varíola | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Difteria | <input type="checkbox"/> Caxumba |
| <input type="checkbox"/> Rinite | <input type="checkbox"/> Bronquite | <input type="checkbox"/> COVID-19 | |

Problemas Cardíaco: ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quais medicamentos usa: _____

Alergia a algum medicamento: ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quais medicamentos usa: _____

Tem intolerância a lactose? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quais medicamentos usa: _____

Tem alguma deficiência? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual: _____

Transfusão de sangue: ☐ Sim ☐ Não

Alergia na pele: ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quais medicamentos usa: _____

Tem ou teve desmaio ou convulsão? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quais medicamentos usa: _____

Problemas Psicológicos ☐ Sim ☐ Não

Se sim, faz acompanhamento? _____

Possui alguma alergia? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quais medicamentos usa: _____

É diabetico? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quais medicamentos usa: _____

Teve algum ferimento grave recente? ☐ Sim ☐ Não

Algum tipo de fratura recente? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quais: _____

Passou por cirurgias? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quais: _____

Motivo de internação nos ultimos 5 anos: _____

Tipagem Sanguínea:

☐ A ☐ B ☐ O ☐ AB

Fator RH:

☐ Positivo ☐ Negativo

Me responsabilizo por todas as informações desta Ficha Médica, e garanto que nenhuma outra informação foi omitida, que pode vir à prejudicar o membro e o Clube, em caso de um Atendimento Médico de emergência.

Assinatura do Responsável

CPF do Responsável