



**FICHA MÉDICA**

Dados pessoais				
Nome				
Nº do passaporte			Viagem	
( )M ( )F	Idade	Altura	Peso	Tipo sanguíneo

Já apresentou ou apresenta algum desses problemas?			
( )Bronquite	( )Cardíacos	( )Convulsão	( )Diabetes
( )Enxaqueca	( )Epilepsia	( )Hiperglicemia	( )Hipertensão
( )Hipoglicemia	( )Má cicatrização	( )Renais	( )Sonambulismo

Tem alergia?	
( )Sim ( )Não	Se sim, do que?

É fumante?	
( )Sim ( )Não	Se sim, quantos cigarros por dia?

Possui alguma deficiência física?	
( )Sim ( )Não	Se sim, qual?

Utiliza algum desses recursos?	
( )Andador ( )Bengala ( )Cadeira de rodas ( )Muletas ( )Prótese ( )Outro	

Já se submeteu a alguma cirurgia?	
( )Sim ( )Não	Se sim, qual ou quais?

Utiliza algum medicamento prescrito?	
( )Sim ( )Não	Se sim*, qual?

Em caso de emergência entrar em contato com:	
Nome:	Nome:
Telefone:	Telefone:

\*O(A) passageiro(a) deverá levar o remédio, a bula e a receita médica na viagem.

As informações contidas nesse questionário atestam minhas condições física e médica. Sendo assim, declaro ter conhecimento que qualquer omissão ou falha em informar a verdade poderão prejudicar minha saúde durante a viagem.

Local e data

Assinatura do(a) passageiro(a)