

Nome <sup>(1)</sup>			
---------------------	--	--	--

*(1) Repetir o nome do requerente no cabeçalho da 2ª folha*

Morada			
--------	--	--	--

Código Postal		Localidade		Data de Nascimento			
---------------	--	------------	--	--------------------	--	--	--

E-mail		B.I./C.C./Passaporte		Validade			
--------	--	----------------------	--	----------	--	--	--

Grupo Sanguíneo		Rh		Vacinação Antitetânica				Inoculação	
-----------------	--	----	--	------------------------	--	--	--	------------	--

1.	DECLARAÇÕES PESSOAIS	SIM	NÃO	ANO
1	Esteve hospitalizado?			
2	Foi operado?			
3	Perdas de consciência?			
4	Epilepsia?			
5	Teve alguma lesão no desporto? Qual?			
6	Hábitos Alcoólicos?			
7	Hábitos Tabagísticos?			
8	Consumo de Narcóticos / Estimulantes / Outras substâncias			
9	Toma regularmente algum medicamento? Qual			
10	Doenças Alérgicas?			
11	Asma, Pneumotorax, Tuberculose, outras doenças pulmonares?			
12	Doenças do Aparelho Digestivo?			
13	Doenças do Coração?			
14	Doenças Renais?			
15	Doenças Ósseas (Coluna, Articulações)?			
16	Diabetes?			
17	Doenças do Sangue?			
18	Doenças Mentais?			
19	Doenças de Pele?			
20	Teve alguma doença que não foi aqui mencionada? Qual?			
21	Já fez um Exame Médico Desportivo?			
22	Resultado do Exame Anterior?			

**O detentor deste boletim declara:**

- 1 - Que deu informações exatas, quanto ao seu estado psíquico e físico, presente e passado.
- 2 - Que se compromete, a não fazer uso de drogas ilícitas e/ou métodos proibidos, pela Agência Mundial Antidopagem

Assinatura

---

Nome do Requerente <sup>(1)</sup>

2.	ANTECEDENTES FAMILIARES	SIM	NÃO
1	Doenças Cardiovasculares		
2	Morte Súbita		
3	Asma		
4	Diabetes		
5	Epilepsia		
6	Tumores		
7	Doenças Hematológicas		
8	Outros		
Nº de Código se SIM: Pais 1; Avós 2; Irmãos 3			

3.	ANTECEDENTES PESSOAIS	SIM	NÃO
1	Operações		
2	Perdas de Consciência		
3	Traumatismos Cranianos/Fraturas Ósseas		
4	Cardiopatias		
5	Doenças do Aparelho Digestivo		
6	Asma/Bronquite/Alergias/Renite		
7	Hepatites		
8	Diabetes		
9	Epilepsia		
10	Hábitos Alcoólico/Tabágicos		
11	Vacinas Actualizadas (Tétano/Hepatite B)		

4.	ANTECEDENTES DESPORTIVOS	SIM	NÃO
1	Já fez desporto de competição?		
2	Faz desporto regularmente?		
3	Vai retomar a actividade física?		
4	Quantos Treinos Semanais? (Nº de Horas p/Treino)		

5.	EXAME BIOMÉTRICO	MEDIDAS
1	Peso	Kg
2	Estatura	Cm

6.	EXAME ECTOSCÓPICO	NÃO	SIM
1	Desenvolvimento Normal		
2	Alteração Dermatológica/Cicatrizes		
3	Escoliose/Cifose/Lordose		
4	Dismetria dos Membros		
5	Genus Valgus/Genus Varus		
6	Pé Plano/Pé Cavo		
7	Hérnias/Varizes		
8	Outros		

7.	EXAME OFTAMOLÓGICO	DIR	ESQ
1	Acuidade Visual s/ Correção	/10	/10
2	Acuidade Visual c/ Correção (Óculos/Lentes Contacto)	/10	/10
3	Miopia/Hipermetropia/Estrabismo/Astigmatismo		
4	Visão de Cores		
5	Outros		

8.	EXAME O.R.L.	L.D		L.E	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	Audição a 5 metros sem Alterações				
2	Sinusite /Otite/Outros				

9.	EXAME ESTOMATOLÓGICO	SIM	NÃO
1	Sem Cárie/Cárie Tratada/Faltas/Próteses		
2	Cáries não Tratadas		

10.	EXAME DO ABDÓMEN	SIM	NÃO
1	Organomegalia/Hérnias		
2	Outros. Quais?		

11.	EXAME GÉNITO-URINÁRIO	SIM	NÃO
1	Menarca		
2	Alterações do Ciclo Menstrual		
3	Hematuria/Proteínuria/Glicosúria		
4	Outros. Quais?		

12.	EXAME CÁRDIO-CIRCULATÓRIO E RESPIRATÓRIO	SIM	NÃO
1	Pulso Radial (Simétrico/Palpáveis/Sincronos)		
1.1	Pulso Femural (Simétrico/Palpáveis/Sincronos)		
2	Auscultação Cardíaca Normal		
3	Auscultação Pulmonar Normal		
4	E.C.G. Normal - obrigatório a partir dos 45 anos		
5	E.C.G. de esforço recomendado a partir dos 45 anos, Obrigatório p/ licenças internacionais		
6	Radiografia do Torax Normal (recomendada) - Data / /		
7	Outros		
8	Frequência Cardíaca		min.
9	Pressão Arterial		Mm Hg

OBS. (Descrição da Patologia Referenciada ou outros Exames)			
A.			
B.			
C.			
D.			
E.			
F.			
G.			
H.			

Face ao exame efectuado, declaro que, o detentor se encontra apto, segundo as normas médicas da FIA e FPAK, para a prática do Desporto Automóvel.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº Cédula  
 Profissional \_\_\_\_\_

Colocar Vinheta ou Carimbo