

Questionário de Anamnese

Nome Completo: _____

Tipo sanguíneo: _____

Idade: _____

Gênero: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Contato de Emergência: _____

Telefone do Contato: _____

Histórico de Saúde

1. Possui alguma doença crônica (ex.: hipertensão, diabetes, asma)?
 Sim
 Não
Se sim, qual? _____
2. Já sofreu alguma lesão ou cirurgia recente (nos últimos 12 meses)?
 Sim
 Não
Se sim, qual? _____
3. Utiliza medicamentos de uso contínuo?
 Sim
 Não
Se sim, quais? _____
4. Apresenta alguma alergia (ex.: alimentares, medicamentosas, picadas de inseto)?
 Sim
 Não
Se sim, quais? _____
5. Tem alguma restrição alimentar ou necessidade especial?
 Sim
 Não
Se sim, qual? _____
6. Já teve episódios de desmaios, convulsões ou problemas cardíacos?
 Sim
 Não
Se sim, descreva: _____

7. Possui experiência prévia em provas de corrida ou atividades semelhantes?

() Sim

() Não

Se sim, qual foi a mais recente? _____

Declaração Final

Declaro que as informações acima são verdadeiras e completas. Estou ciente de que devo informar a organização imediatamente em caso de qualquer alteração no meu estado de saúde.

Assinatura: _____ Data: ___/___/2025

