**ANEXO 4**

**JEESP - Categoria INFANTIL - Fase Final Etapa I - Fase Inter Etapas - Etapa IV**

**.**

**ANAMNESE DO (A) ATLETA**

**IDENTIFICAÇÃO DO (A) ATLETA**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ENDEREÇO**

Rua: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nº. \_\_\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/SP

Telefone: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recado: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FILIAÇÃO**

Pai: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Local de Trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Horário de trabalho\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Local de Trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Horário de trabalho\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Professor/ Treinador responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SAÚDE**

I. Apresenta algum problema de saúde (alergia respiratória, outras alergias, alterações visuais ou auditivas, doenças de tireoide etc.) ( ) Sim ( ) Não

Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

II. Já teve doenças da infância:( ) Sarampo ( ) Catapora ( ) Caxumba( ) Rubéola ( ) Não Sabe

III.O que costuma tomar em caso de FEBRE? Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IV. Toma algum medicamento diariamente? ( ) Não ( ) Sim – Dosagem:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V. Faz acompanhamento médico?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VI. Sofre de convulsões? ( ) Não ( ) Sim

***ATENÇÃO: O(A) ATLETA deverá MANTER a Carteirinha de VACINAÇÃO ATUALIZADA***

**EMERGÊNCIA / URGÊNCIA**

Quem deverá ser comunicado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pelo(a) atleta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins de assistência médica, que estou de pleno acordo e que autorizo todo e qualquer tratamento e aplicações médico-cirúrgicos que forem julgados necessários ao atleta/paciente por ordem médica da Unidade de Saúde que o assistir.

Declaro também que estou ciente que todo o tratamento médico-cirúrgico envolve riscos imponderáveis e imprevisíveis pelo que eximo a equipe de qualquer responsabilidade futura.

A Unidade de Saúde não se responsabilizará pelo que venha acontecer com o paciente que evadir.

Estou ciente de que, caso queira trocar de médico, terei que pagar ao médico solicitado atendimento hospitalar, caso este não seja credenciado pelo SUS.

Declaro assumir plena responsabilidade em caráter solidário e principal, como bastante fiador por todas as despesas de internação e tratamento médico hospitalar, caso opte pelo sistema particular em dependências escolhidas por mim, como também por importâncias solicitadas por conta das despesas, conforme regulamento do hospital.

A Unidade que o assistir não se responsabilizará por objetos pessoais (joias, documentos, dinheiro etc.).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cidade), \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023.

Assinatura do(a) Responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_