



EXAME MÉDICO DESPORTIVO

DATA: _____
NOME: _____
BI: _____
DATA DE NASCIMENTO: _____
NACIONALIDADE: _____
MORADA: _____
CONTACTOS: TELEMÓVEL _____
EMAIL _____
CLUBE: _____
MODALIDADE: _____ ESCALÃO: _____
NOME/MÉDICO: _____

CMO
DECISÃO MÉDICA
APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE
NÃO APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE COM / SEM RESTRIÇÕES
Quais: _____
Assinatura e carimbo do Médico _____ Inscrição na Ordem n.º _____

Destacar pelo picotado

DATA: _____
NOME: _____
BI: _____
CLUBE: _____
MODALIDADE: _____ ESCALÃO: _____
NOME/MÉDICO: _____

DECISÃO MÉDICA
APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE
NÃO APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE COM / SEM RESTRIÇÕES
Quais: _____
Assinatura e carimbo do Médico _____ Inscrição na Ordem n.º _____

1. DECLARAÇÕES PESSOAIS (A preencher exclusivamente pelo Atleta ou Encarregado de Educação)

	SIM	NÃO	ANO
1. Esteve internado no Hospital ou Clínica?			
2. Foi operado?			
3. Perdas de consciencia? Epilepsia?			
4. Teve alguma lesão no desporto?			
5. Hábitos alcoólicos / tabágicos?			
6. Consome narcóticos, estimulantes?(ou outras substancias)			
7. Toma regularmente algum medicamento?			
8. Doenças alérgicas?			
9. Asma, pneumotorax, tuberculose?(outras doenças pulmonares)			
10. Doenças do aparelho digestivo?			
11. Doenças do coração?			
12. Doenças renais?			
13. Doenças ósseas (coluna ou articulações)?			
14. Diabetes			
15. Doenças do sangue?			
16. Doenças mentais?			
17. Doenças da pele?			
18. Teve alguma doença aqui não mencionada?			
19. Já fez um exame médico desportivo?			
20. Resultado do exame anterior:			

CONFIRMO AS DECLARAÇÕES POR MIM EFECTUADAS

DATA: ____/____/____

Assinatura (O próprio, com idade igual ou superior a 18 anos, ou Encarregado de Educação) _____



ATCM – Automóvel & Touring Clube de Moçambique

DMD - DEPARTAMENTO MÉDICO DESPORTIVO



Assinatura e carimbo do Médico

Inscrição na Ordem n.º _____