

FICHA MÉDICA

FOTO 3X4

Esta ficha deve ser preenchida completamente, em letra de forma legível pelo passageiro ou responsável, sendo entregue juntamente com a primeira via do **Contrato**, cópia da **Identidade** e cópia do **Passaporte**.

DADOS PESSOAIS:

Nome completo: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: () F () M Nacionalidade: _____

RG: _____ CPF: _____

Passaporte: _____ Data de expedição: ___/___/___ Validade: ___/___/___

Endereço: _____ Bairro: _____

Complemento: _____ CEP: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: ___ - _____ Cel: ___ - _____ Comercial: ___ - _____

E-mail: _____ Estado Civil: _____

Idiomas que fala: _____

Nome do pai: _____ Telefone: ___ - _____

Nome da mãe: _____ Telefone: ___ - _____

Na ausência dos pais, entrar em contato com: _____ Fone: ___ - _____

Grau de parentesco: _____

Tamanho de Camiseta (Padrao) P () M () G () GG () EXG ()

Tamanho de chinela HAVAIANAS: _____.

INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE:

Tem acompanhamento médico ou psicológico? () Não () Sim

Motivo / Orientações médicas: _____

Tem restrição a alguma atividade física? () Não () Sim Qual? _____

Sabe nadar com facilidade? () Sim () Não () Tenho consciência () Pânico

Obs: _____

Está acostumado com sol? () Sim () Não

() Estou ciente da obrigatoriedade de levar durante a viagem produtos e vestimentas para evitar contato direto com sol.

****MULHER** - Encontra-se gestante: () Sim - ___ meses () Não

Orientação médica: _____

Tem todas as vacinas válidas? () Sim () Não esquecerei de providenciar

Observações: _____

Data: ___/___/___ Assinatura do Passageiro: _____

Como deve ser medicado em caso de enfermidades não existentes, podendo ocorrer durante o percurso da viagem:

Sintomas	Indicação/ Medicação	Posologia	Já tomou anteriormente
Febre			() sim () não
Enjôo			() sim () não
Azia			() sim () não
Vômito			() sim () não
Tosse			() sim () não
Dor / garganta			() sim () não
Dor / cabeça			() sim () não
Dor / ouvido			() sim () não
Cólica / intestinal			() sim () não
Cólica / menstrual			() sim () não
Cólica / Rins			() sim () não
Tonteadas			() sim () não
Enxaqueca			() sim () não
Alergias			() sim () não
Outra, que necessite relatar que costuma ocorrer esporadicamente. Especifique:			() sim () não

Enfermidades pré-existent:

Enfermidades	Tipo	Medicação	Posologia	Horário do medicamento
Neurológicas	Mal de Parkinson, Alzheimer, Hidrocefalia, Derrame Cerebral, Aneurisma Cerebral, Paralisias ou outra?			
Cardiovasculares	Pressão Alta, Angina, Sopro, Infarto, Palpitação, Marcapasso, Má Formação, Miocardites ou outra?			
Endocrinológicas	Diabetes, Hipotireoidismo, Hipertireoidismo, Obesidade ou outra?			
Vasculares	Trombose, Varizes, Aneurismas ou outra?			
Digestivo	Gastrite, Úlcera, Esofagite, Colite, Hepatite, Cirrose, Doença de Crohn ou outra?			
Renais	Insuficiência Renal, Nefrite, Cálculo Renal ou outra?			
Osteomusculares	Desvio de Coluna, Tendinites, Dores na Coluna, Osteoporose, Reumatismo, Artrose, Osteomielite, Paralisia Infantil, Lombalgias, Fibromialgia, LER, DORT ou outra?			
Psiquiátricas	Depressão, Transtorno Afetivo Bipolar, Esquizofrenia ou outra desordem psíquica?			
Outra, que necessite relatar que possa ocorrer durante a viagem. Especifique:				

Declaro que todas as informações acima são verdadeiras e estou ciente que levarei minha medicação **EM QUANTIDADE SUFICIENTE** para todo o período da viagem, **COM AS DEVIDAS PRESCRIÇÕES** ou aguardarei a liberação do seguro/viagem para atendimento e possível medicamento, de acordo com as cláusulas de seguro/viagem **contratado**.

Data: ____ / ____ / ____ **Assinatura do Passageiro:** _____

***Digitalizar e enviar preenchido e assinado para o E-mail: atendimento@abbeytravel.com.br**