



FICHA MÉDICA 2021



Identificação do Piloto:

Nome: _____

Moto: _____ Modelo: _____ Numero: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: _____

Endereço: _____ Nº _____

Cidade: _____ Estado: _____ UF: _____

Assistência Médica: Qual? _____ Número do Cartão: _____

Validade: _____

Caso sofra um acidente remover para qual

Hospital? _____ Médico de

preferência: _____ Cel: () _____ Tipo

Sanguíneo: _____ Obs: _____

Antecedentes pessoais:

Alergias? () Não () Sim Qual (is)? _____

Faz uso regular de medicamento(s)? Sim Qual (is)? _____

Já sofreu alguma intervenção cirúrgica? Se sim Qual(is)? _____

Já realizou algum exame com contraste? Se sim, qual? _____

Já sofreu fraturas? Se sim, qual? _____

Tem implante de pino, placa, parafusos, etc? Se sim, onde? _____

Faz uso de marca-passo? Se sim, há quanto tempo? _____

Modelo: _____

É portador de alguma anomalia hereditária? Se sim Qual? _____

Em caso de acidente indique quem deve ser avisado: _____

Grau de parentesco: _____

Fone: () _____ Celular: () _____

Local e Data: _____

_____ (Assinatura do Piloto)

ATENÇÃO! Preencha todos os campos com dados precisos, essas informações são fundamentais para o bom atendimento caso seja necessário.