



## LEME TO PONTAL SWIMMING ASSOCIATION

### Atestado Médico

#### Seção A - História da medicina

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_ Masculino/ \_\_\_ Feminino  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade / Estado: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
Cep: \_\_\_\_\_  
Nome da equipe: \_\_\_\_\_

(Se for integrante do revezamento)

Se a resposta a qualquer uma das perguntas 1 a 14 for SIM, por favor, dê mais detalhes no verso.

Alguma vez você já sofreu qualquer um dos seguintes sintomas?

1. Patologias de ouvido, dor de ouvido, otorrêia ou surdez: SIM / NÃO;
2. Cavidades paranasais, patologias: SIM / NÃO;
3. Dor no peito, bronquite, histórico de insuficiência respiratória SIM / NÃO;
4. Episódios de tontura ou desmaios SIM / NÃO;
5. Distúrbios neurológicos ou dores de cabeça persistente SIM / NÃO;
6. Ansiedade, fobias, surtos nervosos SIM / NÃO;
7. Patologia do coração e circulação, pressão arterial elevada SIM / NÃO;
8. Você tem diabetes? SIM / NÃO;
9. Você toma regularmente qualquer medicação ou faz outro tratamento com ou sem prescrição médica? SIM / NÃO;
10. Atualmente, você está recebendo cuidados médicos ou foi consultado por qualquer médico no ano passado? SIM / NÃO;
11. Você já foi reprovado em algum exame médico? SIM / NÃO;
12. Você fuma? SIM / NÃO;
13. Nos últimos cinco anos você foi internado em algum hospital? SIM / NÃO;
14. Você teve consulta médica prévia para a Travessia do Leme ao Pontal? SIM / NÃO;

- a) Se a resposta da pergunta 14 for "sim", o resultado da consulta médica foi satisfatório? SIM / NÃO;
- b) Se a resposta da pergunta 14 for "não", por favor, dê mais detalhes no verso.

Vale ressaltar que os formulários incompletos serão devolvidos e a sua travessia pode ser adiada



## LEME TO PONTAL SWIMMING ASSOCIATION

**Nota:** Se o médico do atleta alterar qualquer resposta deste formulário, a LPSA deverá ser notificada com a maior brevidade possível, obrigatoriamente antes da realização da travessia.

### Certificado Médico

#### Seção A (História médica)

Se as suas respostas não couberem nestes espaços, favor anexar uma folha ao final deste formulário.

Declaro que estou em boa saúde geral e que não omiti qualquer informação, que possa ser relevante para a minha aptidão para realizar a Travessia do Leme ao Pontal.

Caso a LPSA solicite, eu autorizo o meu médico e médicos assessores e/ou assistentes a divulgarem qualquer detalhe referente ao meu histórico médico (passado e/ou presente). Concordo também que a informação relevante sobre a minha saúde pode ser divulgada às pessoas diretamente relacionadas com a minha tentativa de realizar a travessia.

EU sou consciente que Travessia do Leme ao Pontal pode ser extremamente árdua, tanto mentalmente quanto fisicamente.

EU declaro que informei voluntariamente à LPSA as minhas condições médicas por meio deste formulário antes da minha tentativa de realizar a Travessia do Leme ao Pontal.

Assinatura:

(Candidato)

---

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

(Na presença do médico)

Assinatura:

(Pais/encarregados de educação se o nadador tiver menos de 18 anos)

---

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

(Na presença do médico)

Assinatura:

(Médico)

---

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_



## LEME TO PONTAL SWIMMING ASSOCIATION

Nome do médico:

---

Telefone

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço do consultório médico:

---

---

Quanto ao exame “Seção B”, procure um médico de sua confiança para realizá-lo.

Lembre-se que os pedidos particulares para raios-X geralmente não são prioritários. Qualquer taxa em relação a este exame médico é de inteira responsabilidade do nadador.

A LPSA chama a atenção para o parágrafo sobre o abuso de drogas no pacote de informações neste regulamento. Os testes aleatórios de drogas podem ocorrer durante todo o ano.

Ambos os atestados médicos da “**Seção A: história da medicina**” e “**Seção B: exame médico**” devem ser totalmente preenchidos e devolvidos, o quanto antes, à LPSA juntamente com o seu formulário de inscrição (No máximo até dois meses antes da sua travessia).

Por favor, verifique se o secretário da LPSA e o piloto do barco escolta têm o telefone do seu contato de emergência para o dia da travessia.

Todos aqueles que viajarem com os atletas que nadarão o revezamento também devem fornecer os dados para a pessoa que a equipe nomeou como contato de emergência central.

O participante da travessia também deve pedir ao contato de emergência para estar com o telefone disponível durante todo o período do desafio.

**INTENCIONAMENTE EM BRANCO**



## LEME TO PONTAL SWIMMING ASSOCIATION

### Seção B

Para o EXAME DO MÉDICO acima desejo ser examinado para verificar as minhas condições físicas com o objetivo de realizar a Travessia a nado do Leme ao Pontal em água fria por uma longa distância.

ALTURA: \_\_\_\_\_ (metro)

PESO: \_\_\_\_\_ (kg)

Orelhas:

TÍMPANO ESQUERDO: \_\_\_\_\_

TÍMPANO DIREITO: \_\_\_\_\_

CONDUTO AUDITIVO ESQUERDO: \_\_\_\_\_

CONDUTO AUDITIVO DIREITO: \_\_\_\_\_

CAVIDADES PARANASAIS: \_\_\_\_\_

FOSSAS NASAIS: \_\_\_\_\_ OROFARINGE: \_\_\_\_\_

TÓRAX: \_\_\_\_\_

RADIOGRAFIA DE TÓRAX \_\_\_\_\_

SISTEMA CARDIOVASCULAR: \_\_\_\_\_

FREQUÊNCIA CARDÍACA: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_

URINA: ALBUMINA \_\_\_\_\_ GLICOSE: \_\_\_\_\_

APARELHO OSTEOMUSCULAR: \_\_\_\_\_

SISTEMA NERVOSO: \_\_\_\_\_

ECG: \_\_\_\_\_

**OBS:** Se for encontrada no exame de CVS qualquer anormalidade relevante, a LPSA reserva-se ao direito de solicitar ao médico do atleta alguma descrição mais detalhada.

**Observação:** Favor continuar no verso, caso seja necessário.

.....

Após examinar, EU considero \_\_\_\_\_

APTO / INAPTO para realizar a Travessia do Leme ao Pontal.

Assinatura do médico

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_



## LEME TO PONTAL SWIMMING ASSOCIATION

Nome do médico:

---

Endereço do consultório médico:

---

---

Telefone /Fax nº: \_\_\_\_\_

**Nota:**

Todas as perguntas devem ser respondidas plenamente. Por favor, verifique e certifique-se de que os formulários médicos sejam preenchidos corretamente, assinados por você e pelo seu médico em todos os lugares necessários e devolvidos à LPSA até dois meses antes da data da travessia.

Muitos exames médicos são devolvidos incompletos. Estes não podem ser aceitos pela LPSA, o que pode impactar na realização da travessia.

**Por favor, preencha com letra MAIÚSCULA.**

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

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

---

Código postal: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Ao fornecer abaixo o meu endereço de e-mail, concordo em receber eletronicamente informações da LPSA.

E-mail: \_\_\_\_\_

Nome da equipe do revezamento: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apenas um pacote de informação será enviado para o uso da mesma equipe.