# FEDERAÇÃO DE MOTOCICLISMO DE PORTUGAL

*Licença Desportiva de Piloto para 2023*

| | |
|---|---|
| *Número de Licença* | |
| *Número do Recibo* | |

***Nome completo*** _____
*(preencher em maiúsculas)*

***Morada*** _____

***Código Postal*** _____ ***Localidade*** _____

***Telefone:*** _____ ***Fax:*** _____

***Telemóvel*** _____ ***Site:*** _____

***Distrito*** _____ ***Email*** _____

| **Modalidade:** *(assinalar com X apenas a modalidade pretendida)* | | **Tipo de Licença:** *(assinalar com X o tipo de Licença pretendido)* | |
|---|---|---|---|
| **Cross Country** | ☐ | **Através de clube** | ☐ |
| **Enduro** | ☐ | **Nacional** | ☐ |
| **Motocross / Supercross** | ☐ | **Regional** | ☐ |
| **Quad Cross** | ☐ | **Mini** | ☐ |
| **Urban Free Style** | ☐ | **Regiões Autónomas** | ☐ |
| **Supermoto / Flat Track** | ☐ | | |
| **Todo Terreno - Moto** | ☐ | | |
| **Todo Terreno – Quad - SSV** | ☐ | **1 Prova - Nome:** | ☐ |
| **Trial** | ☐ | | |
| **Velocidade** | ☐ | **FIM EUROPA** | ☐ |
| **Geral** | ☐ | **FIM** | ☐ |

***Data de Nascimento*** ____/____/____ ***Local:*** _____ ***Nº. de Contribuinte*** _____

***N.º do Bilhete de Identidade ou do CC*** _____ ***Data de Validade*** _____ /_____ /_____

***Nº. Carta de Condução*** _____ ***Emitida por*** _____ ***data*** ____/_____/_____

***Tirou Licença Desportiva no ano anterior?*** ***Sim*** ☐ ***Não*** ☐

***PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS***

- *Os dados recolhidos neste impresso são confidenciais. Serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a FMP e seus subcontratados. As omissões, inexatidões e falsidade, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo, são da responsabilidade do aderente.*
- *Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga diretamente respeito, solicitando a sua correção, aditamento ou eliminação, mediante contacto direto ou por escrito dirigido à FMP.*
- *Autorizo igualmente a consulta dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, aos Motoclubes e Organizações, desde que compatível com a finalidade da recolha dos mesmos.*

***Declaro por minha honra que todas as informações acima prestadas são verdadeiras, tomei conhecimento das condições/procedimento do seguro de acidentes pessoais em Anexo D e que me sujeito aos códigos e regulamentos da FMP e FIM aplicáveis.***

*Data:* ____ *de* _____ *de 2023*

***Assinatura do Piloto*** _____

Esta ficha só será aceite quando devidamente preenchida e acompanhada dos documentos solicitados no verso e do respetivo pagamento por cheque, vale de correio ou transferência bancária com cópia do comprovativo de pagamento (IBAN *PT50 0007 0021 0016 0900 0022 9).*

Ver Verso s.f.f.

Enviar para:
Federação de Motociclismo de Portugal
Largo Vitorino Damásio, n.º 3 C - Pavilhão 1
1200 – 872 LISBOA

Telefone 21 393 60 30
Telefax 21 397 14 57
Email geral@fmp.pt
Site www.fmp.pt

**DOCUMENTOS A JUNTAR À FICHA DE INSCRIÇÃO:**

- Fotocópia do Bilhete de Identidade ou do Cartão do Cidadão.
- Fotocópia do Cartão de Contribuinte.
- Para licença de Enduro/TT ou Geral fotocópia da Carta de Condução.
- Boletim de exame Médico-Desportivo em impresso do IPDJ devidamente preenchido, com a assinatura do médico e com vinheta identificadora do médico. Caso o atleta tenha 50 ou mais anos de idade terá de apresentar exame de "Prova de esforço".
- Anexos A e B apenas para a Licença Internacional.
- Anexo C - Termo de Responsabilidade e Controlo anti-doping FMP/FIM.
- Anexo E - Para os pilotos menores de 18 anos é obrigatório uma Declaração da pessoa que exerça o poder paternal a autorizar o menor a participar no Campeonato ou Troféu com a assinatura igual ao documento de identificação e fotocópia do documento de identificação.

☑ ***IMPORTANTE:***

- Sem a totalidade dos documentos acima solicitados, não será considerado o pedido de Licença Desportiva para 2022.
- O custo da Licença Desportiva é acrescido de 50% do seu valor sempre que o pedido de emissão der entrada no Secretariado da FMP nos 8 dias anteriores (data dos carimbos do CTT) à da realização da próxima prova a que essa Licença se referir e de 100% se a antecedência do pedido for entre 48 a 24 horas do início da prova.
- Anexo D – Informa as coberturas do seguro desportivo obrigatório de acidentes pessoais associado à licença desportiva, dos procedimentos a serem seguidos em caso de acidente e das três opções do seguro de acidentes pessoais complementar que poderão ser contratadas.
- Recomenda-se aos pilotos e seus acompanhantes nas deslocações a um dos Estados-Membros da União Europeia, Islândia, Noruega e Suíça que levem consigo o Cartão Europeu de Seguro de Doença.
- PREÇOS DAS LICENÇAS DESPORTIVAS:

| *Licenças Desportivas Nacionais* | | |
|---|---|---|
| **Geral** | Anual | 330,00€ |
| | Através de Clube | 305,00€ |
| **De uma modalidade** | Anual | 260,00€ |
| | Anual através de Clube | 235,00€ |
| | De 1 prova | 130,00€ |
| **Mini (GP/END/MX/SM/TT)** | Anual | 160,00€ |
| | Anual através de Clube | 150,00€ |
| **Regional Continente** | Anual | 180,00€ |
| | De 1 prova | 65,00€ |
| | | |
| **Oficial de prova** | 1ª Vez | 80,00€ |
| | Renovação | 60,00€ |
| **Equipa anual** | Velocidade, MX/SX | 250,00€ |
| | Todo Terreno | 250,00€ |
| **Fiscal de Pista** | 1 licença (cada) | 30,00€ |
| | entre 5 a 20 (cada) | 20,00€ |
| | mais de 20 (cada) | 15,00€ |
| **Regiões autónomas** | Geral Nacional Anual | 300,00€ |
| | Nacional 1 modalidade | 230,00€ |
| | Regional Geral | 190,00€ |
| | Regional 1 Modalidade | 170,00€ |
| | Regional de 1 prova | 65,00 € |
| | Mini(GP/END/MX/SM/TT) | 150,00€ |

| *Licenças Desportivas Internacionais* ***FIM*** | | |
|---|---|---|
| **Enduro** | C. Mundo – Anual | 755,00€ |
| | C. Mundo – 1 prova | 340,00€ |
| **MXGP/MX 2** | C. Mundo – Anual | 1.231,00€ |
| | C. Mundo – 1 prova | 476,00 € |
| **TT** | C. Mundo Rally GP – Anual | 1.639,00€ |
| | C. Mundo Rally GP – 1 prova | 612,00€ |
| | T. Mundo Bajas – Anual | 755,00€ |
| | T. Mundo Bajas – 1 prova | 340,00€ |
| **SBK / SS** | C. Mundo – Anual | 1.639,00€ |
| | C. Mundo – 1 prova | 612,00€ |
| **Trial** | C. Mundo GP – Anual | 755,00€ |
| | C. Mundo GP – 1 prova | 340,00€ |
| | C. Mundo Feminino – Anual | 551,00€ |
| | C. Mundo Feminino – 1 prova | 238,00€ |
| **Trial (Assistente)** | C. Mundo – Anual | 483,00€ |
| | C. Mundo – 1 prova | 259,90€ |
| **Internacional** | Anual | 430,00€ |
| | 1 prova | 238,00€ |

| ***FIM Europa*** | |
|---|---|
| ***Campeonato Europeu - Anual*** | 430,00 € |
| **De 1 prova** | 259,00 € |

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

ANNEXE A

(à compléter par le concurrent)

Données personnelles :

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nom : | | | Prénom : | Date de naissance | |
| Adresse : | | | | | |
| Sexe | | masculin féminin | | FMN: | |

| Non | | Oui | Détails |
|---|---|---|---|
| | Perte de connaissance pour une raison quelconque, vertiges ou maux de tête | | |
| | Problèmes oculaires (sauf lunettes) | | |
| | Asthme | | |
| | Allergie aux médicaments ou substances | | |
| | Diabète | | |
| | Problèmes cardiaques | | |
| | Problèmes de tension artérielle | | |
| | Problèmes gastriques (ulcère, etc.) | | |
| | Problèmes uro-génitaux | | |
| | Épilepsie ou convulsions | | |
| | Troubles mentaux ou nerveux | | |
| | Problèmes des bras ou des jambes y compris crampes des muscles ou raideur des articulations | | |
| | Troubles sanguins avec tendance à l'hémorragie | | |
| | Opérations | | |
| | Prenez-vous régulièrement des médicaments ou autres substances ? | | |

a. Je n'ai pas été interdit(e), pour des raisons médicales, de participation à d'autres sports.

b. Je ne prends pas de drogue et je n'abuse pas de l'alcool.

c. En cas de blessure, j'autorise le personnel médical à divulguer toute information nécessaire au directeur de course et la FMN.

d. Je déclare que les informations que j'ai données sont la vérité.

e. J'autorise que les données du formulaire Examen Médical soient envoyées au médecin de ma FMN.

Date

Signature du candidat (ou parent ou tuteur responsable, si mineur(e))

**EXAMEN MÉDICAL**
(A compléter par le médecin)

ANNEXE B

Données personnelles :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nom : | Prénom : | Date de naissance | |
| Adresse : | | | |
| Sexe : masculin féminin | | FMN: | |

| Normal | | | Anormal | Détails (si anormal) |
|---|---|---|---|---|
| ☐ | **Système cardio-vasculaire** | | ☐ | |
| ☐ | **Tension artérielle** | | ☐ | |
| ☐ | **Pouls** | | ☐ | |
| ☐ | **Système respiratoire** | | ☐ | |
| ☐ | **Système nerveux** | central | ☐ | |
| ☐ | | périphérique | ☐ | |
| ☐ | **Nez-gorge-oreilles, en particulier l'appareil vestibulo-cochléaire** | droit | ☐ | |
| ☐ | | gauche | ☐ | |
| ☐ | **Système locomoteur** | bras droit | ☐ | |
| ☐ | | gauche | ☐ | |
| ☐ | | jambe droite | ☐ | |
| ☐ | | gauche | ☐ | |
| ☐ | colonne vertébrale | | ☐ | |
| ☐ | **Abdomen** (hernie) | | ☐ | |
| ☐ | **Urine** | Albumine | ☐ | |
| ☐ | | Glucose | ☐ | |
| | **Yeux** | | | |
| | Vue à distance | droit | ☐ | sans correction |
| | | gauche | ☐ | |
| | | droit | ☐ | avec correction |
| | | gauche | ☐ | |

☐ Je, soussigné(e), certifie que cette personne est apte à participer à des épreuves motocyclistes.

☐ Je, soussigné(e), certifie que cette personne est INAPTE à participer à des épreuves motocyclistes.

☐ Je recommande que cette personne soit examinée par un membre du Comité Médical de la FMN ou par un médecin nommé par la FMN.

Date de l'examen

Signature et cachet du médecin

**ANEXO C**

# Para conhecimento e aceitação por parte do piloto
# Termo de Responsabilidade

1. Como participante numa manifestação desportiva assim como os elementos da minha equipa aceitam renunciar a qualquer tipo de indemnização em caso de acidente, bem como ilibam de toda a responsabilidade a FMP, a Entidade Organizadora e os oficiais de prova assim como os seus representantes e colaboradores por lesões corporais ou danos materiais, directos ou indirectos, que possam ocorrer durante a manifestação desportiva, renunciando igualmente a formular qualquer reclamação contra eles.

2. Igualmente como participante numa manifestação desportiva regulada pela FMP ou FIM, declaro que:

   a. Concordo e disponho-me a cumprir todas as disposições do Regulamento Antidopagem da FMP e o Código Anti-Doping da FIM, assim como, com todas as regras internacionais incorporadas nas regras Anti-Doping.

   b. Aceito e concordo que as decisões desse Tribunal de Arbitragem do Desporto serão finais, e perante este facto, comprometo-me a não apresentar qualquer tipo de queixa, processo penal ou processo de litígio em qualquer outro lugar ou tribunal.

   c. Li, concordei e percebi na sua totalidade este termo de responsabilidade.

Data: _____ Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Assinatura: _____

Original recebido por (FMP e FIM): _____

Data: _____ Carimbo/selo: _____

ANEXO D

## SEGURO DESPORTIVO 2023 - PILOTO

- Apólices de acidentes pessoais com as seguintes coberturas:
  - Morte ou Invalidez Permanente por Acidente
    - Para licença desportiva anual 28.141,00 €
    - Para licença desportiva de 1 prova 28.141,00 €
  - Desp. Tratamento, Transp. Sanitário e Repatriamento por Acidente
    - Para licença desportiva anual 5.000,00 €
    - Para licença desportiva de 1 prova 4.502,00 €
  - Despesas de Funeral por Acidente
    - Para licença desportiva anual 2.700,00 €
    - Para licença desportiva de 1 prova 2.252,00 €
- Estas apólices tem uma franquia de 150,00 € (cento e cinquenta Euros).

## PROCEDIMENTO PARA A PARTICIPAÇAO DE ACIDENTES

- Ver Manual de Procedimentos para a Participação de Acidente.

## SEGURO COMPLEMENTAR ASSOCIADO À LICENÇA DESPORTIVA ANUAL, APÓLICE AG63323255 – 3 OPÇÕES

## OPÇÃO 1

COBERTURAS, CAPITAIS SEGUROS E FRANQUIAS POR PESSOA SEGURA

| Cobertura | Capital | Franquia |
|---|---|---|
| Morte (*) ou Invalidez Permanente por Acidente | €27.500,00 | |
| Despesas de Tratamento, Transp. Sanitário e Repatriam. por Acidente | **€5.000,00** | €5.000,00 (**) |
| Despesas de Funeral | €2.700,00 | €2.700,00 (***) |

(*) Inclui-se a Morte Súbita: Entende-se por Morte Súbita, a que ocorra durante o evento desportivo seguro por este contrato, mesmo que não provocada diretamente por acidente, desde que não resulte de doença ou situação clínica pré-diagnosticada.

(**) A Cobertura de Despesas de Tratamento, Transporte Sanitário e Repatriamento por Acidente funciona, até ao limite de capital fixado na presente apólice, em cúmulo do Capital Seguro na Apólice AG63323255, e após esgotado o capital desta.

(***) A Cobertura de Despesas de Funeral funciona em excesso do capital fixado na apólice AG63323255.

Prémio, independentemente da data de inclusão ou de exclusão, é de €195,00.

Largo Vitorino Damásio, 3C – Pavilhão 1
1200 - 872 LISBOA
Telef.: 21 3936030
Fax: 21 3971457
Email: geral@fmp.pt
Site: www.fmp.pt

Instituição de Utilidade Pública
Instituição de Utilidade Pública Desportiva
Fundada em 11 de Maio de 1990
Filiada na Federação Internacional de Motociclismo (FIM)
Membro fundador da FIM – Europa
Membro fundador da Confederação do Desporto de Portugal
Membro do Comité Olímpico de Portugal

## OPÇÃO 2

COBERTURAS, CAPITAIS SEGUROS E FRANQUIAS POR PESSOA SEGURA

| Cobertura | Capital | Franquia |
|---|---|---|
| Morte (*) ou Invalidez Permanente por Acidente | €27.500,00 | |
| Despesas de Tratamento, Transp. Sanitário e Repatriam. por Acidente | **€10.000,00** | €5.000,00 (**) |
| Despesas de Funeral | €2.700,00 | €2.700,00 (***) |

(*) Inclui-se a Morte Súbita: Entende-se por Morte Súbita, a que ocorra durante o evento desportivo seguro por este contrato, mesmo que não provocada diretamente por acidente, desde que não resulte de doença ou situação clínica pré-diagnosticada.

(**) A Cobertura de Despesas de Tratamento, Transporte Sanitário e Repatriamento por Acidente funciona, até ao limite de capital fixado na presente apólice, em cúmulo do Capital Seguro na Apólice AG63323255, e após esgotado o capital desta.

(***) A Cobertura de Despesas de Funeral funciona em excesso do capital fixado na apólice AG63323255.

Prémio, independentemente da data de inclusão ou de exclusão, é de €335,00

## OPÇÃO 3

COBERTURAS, CAPITAIS SEGUROS E FRANQUIAS POR PESSOA SEGURA

| Cobertura | Capital | Franquia |
|---|---|---|
| Morte (*) ou Invalidez Permanente por Acidente | €27.500,00 | |
| Despesas de Tratamento, Transp. Sanitário e Repatriam. por Acidente | **€15.000,00** | €5.000,00 (**) |
| Despesas de Funeral | €2.700,00 | €2.700,00 (***) |

(*) Inclui-se a Morte Súbita: Entende-se por Morte Súbita, a que ocorra durante o evento desportivo seguro por este contrato, mesmo que não provocada diretamente por acidente, desde que não resulte de doença ou situação clínica pré-diagnosticada.

(**) A Cobertura de Despesas de Tratamento, Transporte Sanitário e Repatriamento por Acidente funciona, até ao limite de capital fixado na presente apólice, em cúmulo do Capital Seguro na Apólice AG63323255, e após esgotado o capital desta.

(***) A Cobertura de Despesas de Funeral funciona em excesso do capital fixado na apólice AG63323255.

Prémio, independentemente da data de inclusão ou de exclusão, é de €475,00.

# DECLARAÇÃO

Eu, [nome completo da pessoa que exerce o poder paternal], número de CC [nº CC], declaro que autorizo o(a) meu (minha) filho(a) [nome completo do menor], número de CC [nº CC] a participar nas provas que constituem [nome do Campeonato e/ou Troféu] na época desportiva de 2023.

Lisboa, [data]

_____

(Assinatura conforme BI /CC)

Obs: Anexar fotocópia do BI/CC

Largo Vitorino Damásio, n.º 3C – Pavilhão 1
1200 - 872 LISBOA
Telef.: 21 3936030
Fax: 21 3971457
NIF:502802081
Email: geral@fmp.pt
Site: www.fmp.pt

Instituição de Utilidade Pública
Instituição de Utilidade Pública Desportiva
Fundada em 11 de Maio de 1990
Filiada na Federação Internacional de Motociclismo (FIM)
Membro fundador da FIM – Europa
Membro fundador da Confederação do Desporto de Portugal
Membro do Comité Olímpico de Portugal

# EXAME MÉDICO DESPORTIVO

PARA A FEDERAÇÃO OU ASSOCIAÇÃO

DATA

NOME

C.C.

D. NASCIMENTO NACIONALIDADE

MORADA

C. POSTAL LOCALIDADE TEL

CLUBE MODALIDADE ESCALÃO

NOME/MÉDICO

COLAR VINHETA DO MÉDICO
OU
CARIMBO DA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE MEDICINA DESPORTIVA

**DECISÃO MÉDICA**

APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE

NÃO APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE COM / SEM RESTRIÇÕES

**QUAIS**

**ASSINATURA DO MÉDICO**

CÉDULA PROFISSIONAL Nº

----------(DESTACAR PELO PICOTADO)----------

PARA O ATLETA, PODE SER DIGITALIZADO/FOTOCOPIADO PARA ARQUIVO MÉDICO

DATA

NOME

C.C.

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 DO MÉDICO**

CÉDULA PROFISSIONAL Nº

## 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 efetuadas.**

Data

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

(A preencher pelo médico)

## 2. ANTECEDENTES FAMILIARES

| | SIM | NÃO | * |
|---|---|---|---|
| 1.D. Cardiovasculares (miocardiopatias, D. coronária, etc.) | | | |
| 2.Hipertensão arterial | | | |
| 3.Morte súbita | | | |
| 4.Asma | | | |
| 5.Diabetes | | | |
| 6.Epilepsia | | | |
| 7.Tumores | | | |
| 8.Doenças hematológicas | | | |
| 9.Outros | | | |

*Preencha nº de código se a resposta for SIM; Pais 1 / Avós 2 / Irmãos 3

## 3. ANTECEDENTES PESSOAIS

| | SIM | NÃO |
|---|---|---|
| 1.Cirurgias | | |
| 2.Perdas de consciência | | |
| 3.Traumatismos cranianos ou fraturas ósseas | | |
| 4.Palpitações, dispneia, dor torácica, lipotimia | | |
| 5.Cardiopatias | | |
| 6.Hipertensão arterial | | |
| 7.Doenças do aparelho digestivo | | |
| 8.Asma bronquica, alergias, rinite | | |
| 9.Hepatites | | |
| 10.Diabetes | | |
| 11.Epilepsia | | |
| 12.Hábitos alcoólicos/tabágicos | | |
| 13.Vacinas atualizadas (Tétano, Hepatite B) | | |
| 14.Outros | | |

## 4. ANTECEDENTES DESPORTIVOS

| | SIM | NÃO |
|---|---|---|
| 1.Já fez desporto federado? | | |
| 2.Vai retomar a atividade física? | | |
| 3.Faz desporto regularmente? | | |
| 4.Quantos treinos semanais? | | |

## 5. EXAME BIOMÉTRICO

| | |
|---|---|
| 1.Peso | kg |
| 2.Estatura | cm |

## 6. EXAME ECTOSCÓPICO

| | SIM | NÃO |
|---|---|---|
| 1.Desenvolvimento normal | | |
| 2.Alterações dermatológicas / Cicatrizes | | |
| 3.Escoliose / Cifose / Lordose | | |
| 4.Dismetria dos membros | | |
| 5.Genus valgus / Genus varus | | |
| 6.Pé plano / Pé cavo | | |
| 7.Varizes | | |
| 8.Outros | | |

## 7. EXAME OFTALMOLÓGICO

| | DIR | ESQ |
|---|---|---|
| 1.Acuidade visual sem correcão | /10 | /10 |
| 2.Acuidade visual com correção | /10 | /10 |
| 3.Miopia / Hipermetropia / Estrabismo / Astigmatismo | | |
| 4.Outros | | |

## 8. EXAME O.R.L.

| | L.D. | | L.E. | |
|---|---|---|---|---|
| | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| 1.Audição a 5 m sem alterações | | | | |
| 2.Sinusite / Otite / Outros | | | | |

## 9. EXAME ESTOMATOLÓGICO

| | SIM | NÃO |
|---|---|---|
| 1.Sem cárie / Cárie tratada / Faltas / Prótese | | |
| 2.Cáries não tratadas | | |

## 10. EXAME DO ABDOMÉN

| | SIM | NÃO |
|---|---|---|
| 1.Organomegalia / Hérnias | | |
| 2.Outros. Quais? | | |

## 11. EXAME GÉNITO-URINÁRIO

| | SIM | NÃO |
|---|---|---|
| 1.Menarca (idade ) | | |
| 2.Alterações do ciclo menstrual | | |
| 3.Outros | | |

## 12. EXAME CÁRDIO-CIRCULATÓRIO E RESPIRATÓRIO

| | SIM | NÃO |
|---|---|---|
| 1.Pulso radial \| (Simétricos, palpáveis e sincronos) | | |
| Pulso femoral \| (Simétricos, palpáveis e sincronos) | | |
| 2.Auscultação cardíaca normal | | |
| 3.Auscultação pulmonar normal | | |
| 4.Frequência cardíaca | min | |
| 5.Pressão arterial | mmHg | |

## 13. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

| | SIM | NÃO |
|---|---|---|
| 1.E.C.G. normal | | |
| 2.Radiografia do tórax normal (Data ) | | |
| 3.Outros | | |

| Observações |
|---|
| |

PARA O ATLETA, PODE SER DIGITALIZADO/FOTOCOPIADO PARA ARQUIVO MÉDICO