



### 1. Identificação

Nome: \_\_\_\_\_  
Moto: \_\_\_\_\_ Número da Moto: \_\_\_\_\_  
Data de Nasc.: \_\_\_\_\_ Sexo: Fem ( ) Masc. ( )  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Fone: ( ) \_\_\_\_\_ Cel: ( ) \_\_\_\_\_

Foto  
3x4

### 2. Plano de Saúde

( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_  
Nome da operadora: \_\_\_\_\_  
Número do Cartão: \_\_\_\_\_  
Validade: \_\_\_\_\_  
Observação: \_\_\_\_\_

### 3. Antecedentes pessoais:

Alergias? ( ) Não ( ) Sim Quais? \_\_\_\_\_  
Faz uso regular de medicamento(s)? ( ) Não ( ) Sim Qual(is)? \_\_\_\_\_  
Já sofreu alguma intervenção cirúrgica? ( ) Não ( ) Sim Qual(is)? \_\_\_\_\_  
Já realizou algum exame com contraste? ( ) Não ( ) Sim Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
Já sofreu fraturas? ( ) Não ( ) Sim. Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
Tem implante de pino, placa, parafusos, etc? ( ) Não ( ) Sim. Se sim, onde? \_\_\_\_\_  
Faz uso de marcapasso? ( ) Não ( ) Sim Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_  
É portador de alguma anomalia hereditária? ( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Em caso de acidente indique quem deve ser avisado: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Tel.: ( ) \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_