

**DESBRAVADORES REGIÃO TUPI – ASES****Ficha de Inscrição - Maior de 18 anos**

**Clube** \_\_\_\_\_

Este documento deve ser atualizado anualmente. Caso haja alteração nas informações, atualizar imediatamente. Todos os campos devem ser preenchidos. No campo Saúde, entre parênteses, responder S para sim e N para não (exceto para grupo sanguíneo). Anexar cópia dos laudos dos problemas informados. Não pode conter rasuras.

**Pessoais**

Nome completo: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Endereço completo: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Telefone residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Filiação: Pai: \_\_\_\_\_  
 Mãe: \_\_\_\_\_  
 Idade atual: \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_ Tamanho de camisa: \_\_\_\_\_ Tamanho de calça: \_\_\_\_\_

**Escolaridade**

Grau de instrução: ( ) Ensino fundamental ( ) Ensino médio ( ) Ensino superior  
 Área de formação: \_\_\_\_\_  
 Estuda atualmente? \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_  
 Trabalha atualmente? \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

**Denominacionais**

Data de batismo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_  
 Igreja onde é membro: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

**Histórico no Clube**

Classes alcançadas: ( ) Abelhinhas Laboriosas ( ) Luminares ( ) Edificadores ( ) Mãos Ajudadoras  
 ( ) Amigo ( ) Amigo da Natureza ( ) Companheiro ( ) Companheiro de Excursionismo  
 ( ) Pesquisador ( ) Pesquisador de Campo e Bosque ( ) Pioneiro ( ) Pioneiro de Novas Fronteiras  
 ( ) Excursionista ( ) Excursionista na Mata ( ) Guia ( ) Guia de Exploração  
 ( ) Classes Agrupadas ( ) Líder ( ) Líder Master ( ) Líder Master Avançado  
 Classe em desenvolvimento: \_\_\_\_\_  
 Especialidades conquistadas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Especialidades em desenvolvimento: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Tempo no Clube: \_\_\_\_\_

## Saúde

Plano de saúde: \_\_\_\_\_ Cartão SUS nº \_\_\_\_\_

**Cartão de Vacinas:** anexar uma cópia atualizada a esta ficha.

Grupo sanguíneo: ( ) A ( ) B ( ) AB ( ) O Fator RH: ( ) Positivo ( ) Negativo Peso atual: \_\_\_\_ kg

**Já teve:** ( ) Cardiopatia ( ) Catapora ( ) Caxumba ( ) Chikungunya ( ) Cólera ( ) Convulsão  
( ) Coqueluche ( ) Covid-19 ( ) Dengue ( ) Desmaios ( ) Difteria ( ) Febre Amarela ( ) H1N1  
( ) Hepatite ( ) Hipertensão ( ) Malária ( ) Meningite ( ) Pneumonia ( ) Rubéola ( ) Sarampo  
( ) Sonambulismo ( ) Tétano ( ) Varíola ( ) Zika

**Tem:** ( ) Apneia do sono ( ) Autismo ( ) Cardiopatia ( ) Convulsão ( ) Desmaios ( ) Epilepsia  
( ) Esquizofrenia ( ) Hepatite ( ) Hipertensão ( ) Síndrome de Down ( ) Sonambulismo ( ) TAG  
( ) TDAH ( ) TOD

**Laudos:** \_\_\_\_\_

( ) Outras doenças ou problemas de saúde? Quais? \_\_\_\_\_

( ) Outros problemas cardíacos? Quais? Que remédios usa? \_\_\_\_\_

( ) É diabético? Que remédios usa? \_\_\_\_\_

( ) Problemas renais? Que remédios usa? \_\_\_\_\_

( ) Problemas psicológicos? Quais? Que remédios usa? \_\_\_\_\_

( ) Usa outros medicamentos? Quais? \_\_\_\_\_

( ) Problemas de saúde recente? Quais? \_\_\_\_\_

( ) Medicamentos utilizados recentemente? \_\_\_\_\_

**Alergias:** Tem: ( ) Asma ( ) Bronquite ( ) Rinite ( ) Alergia a insetos ( ) Alergia na pele

( ) Alergia a medicamentos. Quais? \_\_\_\_\_

( ) Alergia alimentar. Quais? \_\_\_\_\_

( ) Outras. Quais? \_\_\_\_\_

( ) Utiliza remédios para as alergias acima? Quais? \_\_\_\_\_

**Fobias:** Tem: ( ) Aerofobia ( ) Claustrofobia ( ) Hidrofobia ( ) Outras. Quais? \_\_\_\_\_

**Deficiências:** ( ) Física (cadeirante) ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Na fala ( ) Outra? \_\_\_\_\_

( ) Algum tipo de ferimento grave recente? Qual? \_\_\_\_\_

( ) Algum tipo de fratura recente? Tempo imobilizado? \_\_\_\_\_ Já fez transfusão de sangue? \_\_\_\_\_

( ) Passou por cirurgias? Motivo de internação nos últimos 5 anos? \_\_\_\_\_

( ) Uso regular de medicação? Qual? \_\_\_\_\_

Em caso de acidente, avisar: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_

## Declarações

“Reconhecendo como fiéis e verdadeiros os dados expressos nesta ficha, DECLARO minha participação nas atividades deste Clube de Desbravadores, isentando de qualquer responsabilidade os integrantes e diretores do mesmo quanto a qualquer incidente, acidente, caso fortuito ou força maior, que possa implicar em danos físicos ou prejuízos materiais em decorrência das atividades neste Clube, excetuando os casos de negligência. AUTORIZO o uso de minha imagem e voz, em fotos e vídeos feitos durante as atividades do Clube, e que a Confederação das Uniões Brasileiras da Igreja Adventista do Sétimo Dia realize e tome decisões referentes ao tratamento de meus dados pessoais nas seguintes condições: SEM FINS LUCRATIVOS OU DIFAMATÓRIOS. Esta autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso de minha imagem e voz em mídia impressa (folder, informativos internos e/ou semelhantes) ou eletrônica (site, blog ou redes sociais), limitada ao Clube de Desbravadores, sendo vedada a utilização desses materiais por terceiros. A publicação dessas imagens visa a divulgação das atividades e trabalhos que o Clube realiza enquanto instituição social, sem fins lucrativos, permanecendo resguardadas todas as limitações legais e jurídicas, conforme a regulamentação vigente neste país.”

Vila Velha, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

(Assinatura do declarante)

Espaço para reconhecimento de firma em Cartório.

- Secretaria -