

Vulcões do Chile - Pacote Pascoa / Data:

CADASTRO E FICHA MÉDICA / Obrigatório o preenchimento		
Nome:	CPF	
Data de nascimento:	RG	
Tipo Sanguíneo:	Telefone Pessoal:	
Telefones EMERGENCIAS:	Idade:	Altura:
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	País:
E-mail:		
Fumante? () Sim Não () Quanto Tempo ? _____		
Prática atividade física? () Sim Não () Quais?		
Quanto Tempo? () Menos de 6 meses () 1 ano () 2 anos () Mais de 2 anos		
Você tem tomado medicamentos atualmente (receitados ou não por médico)? Se a resposta for positiva, especifique os tipos e as quantidades que você está tomando:		
Você é alérgico a algum tipo de medicamento? Se a resposta for positiva, especifique.		
Por favor, relate quaisquer outras alergias que você tenha (comida, rinite alérgica, pólen, poeira) e se você se submete/submeteu a algum tipo de tratamento relacionado a elas:		

Você fez tratamento com acompanhamento médico contra alguma doença nos últimos três anos? Se a resposta for positiva, descreva-o:

Sim Não

Você tem tido alguns dos seguintes sintomas ou foi diagnosticado com (assinale):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Falta de ar; | <input type="checkbox"/> Taquicardia; |
| <input type="checkbox"/> Náusea/Vômitos; | <input type="checkbox"/> Dores de Cabeça; |
| <input type="checkbox"/> Tonturas; | <input type="checkbox"/> Visão turva; |
| <input type="checkbox"/> Pressão Alta; | <input type="checkbox"/> Pressão Baixa; |
| <input type="checkbox"/> Palpitações; | <input type="checkbox"/> Perda de audição; |
| <input type="checkbox"/> Sangue na urina; | <input type="checkbox"/> Sangue nas fezes; |
| <input type="checkbox"/> Dor no peito; | <input type="checkbox"/> Mononucleose; |
| <input type="checkbox"/> Hipertireoidismo; | <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo; |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose; | <input type="checkbox"/> Dormência dos braços e das pernas; |
| <input type="checkbox"/> Hepatite; De qual tipo _____ | |

Você fez alguma cirurgia nos últimos três anos? Se a resposta for positiva especifique.

Se você for do sexo feminino, existe alguma chance de estar grávida?

Sim
 Não

Você usa óculos ou lentes de contato?

Sim Não

Existe alguma outra informação pertinente à sua saúde que nós deveríamos saber?

Sim
 Não

Nome do seu convênio Médico ou Seguro Saúde:

Nome, endereço e telefone do médico ou de alguém que deverá ser avisado em caso de incidentes:

Declaro que as informações que prestei são verdadeiras, que não omiti nenhuma informação importante pertinente a minha saúde, assumo a responsabilidade por sua exatidão. Eu, acima citado, declaro estar



inscrito para participar por livre e espontânea vontade **do Vulcões do Chile - Data:** _____ **como**
anunciando em site oficial da empresa **ADVENTURE LOGISTICS.**

Equipamentos obrigatórios: Capacete, luvas, óculos. **Responsabilidade do Atleta:** Sem prejuízo ao disposto nestas condições gerais, são responsabilidades do Cliente: a) pagar o preço previsto do evento; b) cumprir os horários e procedimentos estabelecidos; c) atender as orientações recebidas pelo responsável pelo evento; e) obedecer aos procedimentos de segurança indicados e recomendados para a participação nos eventos; f) zelar pelos objetos pessoais, como dinheiro, joias, equipamentos e outros materiais de valores sentimentais ou monetários; g) arcar com as perdas e danos decorrentes de ações ou omissões originadas por sua culpa; h) preservar as áreas, instalações e equipamentos que sejam postos a sua disposição durante o evento; i) adotar procedimentos que contribuam para a integração e cordialidade entre os participantes e entre estes e a população dos locais sedes dos eventos; j) preencher a ficha médica com as observações sobre tipo sanguíneo, alergias e questões relevantes que a organizadora deve saber para qualquer eventualidade. **Ciência sobre a prática de esporte de aventura sem prejuízo ao disposto nestas Condições Gerais,** o cliente deve estar ciente que a prática de esporte de aventura possui riscos e isenta a Adventure Logistics e suas contratadas da responsabilidade por eventuais acidentes que ocorram frutos do ato da pratica em si. A Adventure Logistics reserva-se o direito de cancelar a execução do evento nos seguintes casos: a) Não pagamento pelo Atleta do preço da inscrição; b) Não cumprimento, pelo usuário, de suas obrigações; C) Por caso fortuito e força maior. **Vamos passar por propriedades particulares, portanto o cuidado com o lixo precisa ser redobrado, preservando assim o meio ambiente, todas as tronqueiras e porteiras deverão permanecer fechadas.** **Assistência Médica:** Os serviços de assistência médica ou remédios de que o atleta venha eventualmente necessitar na viagem, deverão ser por ele obtidos e custeados. Os titulares de seguros de saúde ou de convênios de assistência médica deverão sempre portar consigo os dados necessários para o atendimento fora do seu domicílio habitual. Tendo em vista que as condições climáticas e os alimentos típicos de cada localidade poderão ocasionar algum mal-estar para a sua saúde; e que fora de seu domicílio poderá ter dificuldades para adquirir quaisquer medicamentos dos quais faça uso regular, recomenda-se que estes itens sejam levados em quantidade suficiente para toda a duração do evento, com alguma folga, para eventuais atrasos, além de outros medicamentos de uso comum para pequenos problemas respiratórios, intestinais e outros inconvenientes que provocam ligeiros distúrbios. Estou ciente que o meu resgate, será feito de acordo com as condições oferecidas pela organização e pelas circunstâncias de segurança do local a ser resgatado.

Considerações Finais: A Adventure Logistics reconhece a complexidade que envolve o segmento dos Eventos de Aventura, seja em razão da diversidade dos fatos, das pessoas, das empresas e de outros fatores que lhe fogem ao controle. Dessa forma, a Adventure não possui a pretensão de esgotar totalmente os assuntos pertinentes a normas e procedimentos. No entanto, a Adventure assegura aos seus atletas e parceiros que as eventuais omissões, neste instrumento, caso vierem a acontecer, serão tratadas com o indispensável bom senso, com a mais atenta consideração e boa fé. Além disso, este contrato atenderá sua função social desde que seja cumprido pelas partes tal como convencionado, pois, isto ocorrendo, possibilitará a efetiva prestação dos serviços no interesse das partes contratantes. **Autorizo a exibição da minha imagem em fotos e vídeos para divulgação no site oficial da empresa e**



demais mídias. Após ter lido e compreendido todos os itens acima citados, estou de pleno acordo com este termo de risco e responsabilidade a mim apresentado. Comprometo-me a cumpri-lo e também todas as regras a mim comunicadas verbalmente comprometendo-me a pagar todas as parcelas do pacote e aceitar todas as regras impostas nesse contrato.

Não incluídos no programa: - Seguro médico (cada participante deverá contratar seu próprio seguro de viagem e contra acidentes). - Passagens aéreas a San Martin de los Andes Argentina; - almoços não descritos no programa, - excursões como: rafting, cavernas vulcânicas e tirolesa (Canopy). OBS: Não há limite de peso para bagagens, as que não iremos utilizar durante o roteiro, irão ficar devidamente guardadas em nossa sede em San Martin de Los Andes. Ex: mala bike, etc.

Li e aceito os termos de responsabilidade

Data ____/____/____

Assinatura