



UNIÃO MISSIONÁRIA DE HOMENS BATISTAS

DEPARTAMENTO CONVENCIONAL DE EMBAIXADORES DO REI FLUMINENSE

Rua Visconde de Moraes, 231 - Ingá - Niterói - RJ / CEP.: 24210-145

Tel.: (21) 2620-1515 - www.dcerfluminense.org

Coordenador: ANDRE MACHADO

AUTORIZAÇÃO CONERF 2023

Eu, _____, portador(a) do CPF n.º _____, declaro ser responsável legal por _____ e autorizo o mesmo a participar das atividades esportivas e bíblicas do CONERF 2023 (Congresso Estadual de Embaixadores do Rei Fluminense) nos dias 06 a 09 de ABRIL de 2023 em Campos dos Goytacazes, RJ.

_____ de _____ de 2023

Assinatura do Responsável

Telefones para Contato

() _____ Pessoa de contato: _____
() _____ Pessoa de contato: _____

Atenção: Anexas cópia de documento de identidade ou certidão de nascimento do Embaixador do Rei.

INFORMAÇÕES MÉDICAS (Não deixe nenhum campo sem responder. Essas informações serão preciosas em caso de Emergência)

DOENÇA	É PORTADOR?	FOI PORTADOR?	NUNCA CONTRAIU	OBSERVAÇÕES
ASMA	()	()	()	
ALERGIA A POEIRA	()	()	()	
ALERGIA A SULFA	()	()	()	
ALERGIA A IODO	()	()	()	
ALERGIA A PENICILINA	()	()	()	
BRONQUITE	()	()	()	
CAXUMBA	()	()	()	
CATAPORA	()	()	()	
DIABETES	()	()	()	
DENGUE	()	()	()	
MENINGITE	()	()	()	
RUBÉOLA	()	()	()	
SARAMPO	()	()	()	
O EMBAIXADOR DO REI POSSUI OUTRAS DOENÇAS OU JÁ POSSUIU OUTRAS DOENÇAS? () SIM () NÃO QUAIS?				
O EMBAIXADOR DO REI POSSUI OUTRAS ALERGIAS OU JÁ POSSUIU OUTRAS ALERGIAS? () SIM () NÃO QUAIS?				
O EMBAIXADOR DO REI ESTÁ UTILIZANDO ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO? () SIM () NÃO MEDICAMENTO: _____ HORÁRIOS: _____				
EM CASO DE DOR DE CABEÇA, FEBRE OU DORES, QUAL REMÉDIO É INDICADO AO EMBAIXADOR? () DORIL () ASPIRINA () TYLENOL/PARACETAMOL () NOVALGINA/DIPIRONA () OUTRO: QUAL?				
TIPO SANGUÍNEO: () A () B () AB () O FATOR RH: () POSITIVO () NEGATIVO				