



ANEXO I

DECLARAÇÃO/AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ portador(a) do documento de identificação n.º _____, Órgão Expedidor _____ declaro ser responsável legal por _____ e autorizo o mesmo a participar do ANVER-SS/2024 entre os dias 29 de Janeiro de 2024 a 02 de fevereiro no Acampamento Batista Sitio do Sossego (Casemiro de Abreu, RJ).

São Gonçalo, 22 de janeiro de 2024.

Assinatura do Responsável

Telefones de Contato

() _____ - _____ Pessoa de Contato: _____

() _____ - _____ Pessoa de Contato: _____

() _____ - _____ Pessoa de Contato: _____

Atenção:

- Anexar cópia de documento de identidade do responsável que assinou esta declaração/autorização.
- Anexar cópia de documento (identidade ou certidão de nascimento) do Embaixador do Rei.
- Anexar cópia de documento oficial que comprove o tipo sanguíneo, **se possível**.

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	()	()	()	
Coqueluche	()	()	()	
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? _____

