



Superintendência Estadual de Turismo - SETUR

**FICHA DE
INSCRIÇÃO
FAMTOUR**

DADOS PESSOAIS	
NOME:	
DATA DE NASCIMENTO:	
RG:	
CPF:	
ENDEREÇO:	
BAIRRO:	
CIDADE:	
CEP:	
TELEFONE:	
CANDIDATO:	() REPRESENTANTE REGIONAL () GUIA DE TURISMO () INFLUENCIADOR DIGITAL () IMPRENSA TELEVISIVA () IMPRENSA DIGITAL () GESTOR/INTERLOCUTOR () AGENTE DE VIAGEM E TURISMO () IMPRENSA GOVERNAMENTAL
EM CASO DE EMERGÊNCIA, A QUEM DEVERÁ SER AVISADO:	NOME: _____ TELEFONE: _____
ATUALMENTE ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO MÉDICO? SE SIM, QUAL?	

SOFREU OU SOFRE DE ALGUMA DAS ENFERMIDADES APRESENTADAS	<input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> CÓLICAS RENAIIS <input type="checkbox"/> DIABETE <input type="checkbox"/> INFECÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> PROBLEMAS ALIMENTARES <input type="checkbox"/> FRATURAS <input type="checkbox"/> FEBRE REUMÁTICA <input type="checkbox"/> EPILEPSIA OU CONVULSÕES <input type="checkbox"/> HEPATITE <input type="checkbox"/> ENFERMIDADES CARDÍACAS <input type="checkbox"/> GASTRITE OU ÚLCERAS <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
POSSUI ALGUMA RESTRIÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM SE SIM, DESCREVA A RESTRIÇÃO:
POSSUI ALGUMA ALERGIA ALIMENTAR?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM SE SIM, DESCREVA OS ALIMENTOS:
POSSUI ALERGIA A ALGUM MEDICAMENTO?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM SE SIM, DESCREVA OS MEDICAMENTOS:
DESCREVA CASO POSSUA ALGUMA SITUAÇÃO ESPECÍFICA	

Eu, _____, declaro serem verdadeiras todas as informações acima fornecidas e autorizo o responsável do grupo a providenciar e autorizar tratamento médico ou qualquer tratamento a minha pessoa em caso de emergência.

Porto Velho, ____ de _____ de 2023.

Assinatura