

DIAGNÓSTICO DO ATLETA

Número do atleta _____ Federação _____

Diagnóstico

- **CID OBRIGATÓRIO**
- é necessário descrever detalhadamente o grau/nível de comprometimento, bem como o lado/membro afetado
- cópias de exames devem ser anexadas

AMPUTAÇÃO _____

SEQUELA DE POLIOMIELITE _____

PARALISIA CEREBRAL _____

LESÃO MEDULAR _____

OUTROS _____

TEMPORÁRIO

PERMANENTE

PROGRESSIVO

ESTÁVEL

ALERGIA

SIM

NÃO

Abaixo favor detalhar MODELO e o % diário de utilização (0 a 100% do tempo)

CADEIRA DE RODAS _____

ÓRTESE/ PRÓTESE (S) _____

MULETA(S) _____

OUTRO(S) _____

(Nome do médico, CRM, assinatura e carimbo)