



PROGRAMA DE COMBATE À OBESIDADE

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

DGPES / DESAU

ATENÇÃO: A cópia impressa a partir da intranet é cópia não controlada.

RECEBIDO EM: _____ às _____ ASS.: _____

Nome			Matrícula	
Cargo efetivo ou CC	Lotação	Ramal	Data Nasc.	Sexo
Endereço Residencial			E-mail	
Estado Civil () Solteira () Casada () Viúvo(a) () Separado(a) () União Estável			Telefone (residencial / celular)	
Nível Escolaridade () 1º Grau () 2º Grau () Nível Superior			Você tem pais ou irmãos obesos? () SIM () NÃO	
Faixa Etária () 20-35 () 35-45 () 45-55 () 55-65 () > 65			Tabagista () SIM () NÃO	
Apresenta alguma(s) da(s) doença(s) abaixo? Se sim, listar medicamentos usados e respectivas doses: () diabetes mellitus () hipertensão arterial sistêmica () dislipidemia () coronariopatia () doença hepática () doença renal () trombose () asma () alergia – Qual? _____ () doença osteomuscular – Qual? _____ () outras doenças? Qual? _____ () outros medicamentos regulares: _____			Pratica atividade física: () não () 2 a 3 x por semana () > 3x por semana () final de semana	
SOLICITO INSCRIÇÃO NO PROGRAMA Rio de Janeiro, de _____ de 20____. _____ Assinatura			AUTORIZAÇÃO DO GESTOR Autorizo a inscrição do participante. Data ____/____/____ _____ Assinatura / Matrícula Email	
PARA USO DO DESAU				
Visto em ____/____/____			Assinatura / matrícula IMC:	
OBSERVAÇÕES DESAU:				
OBSERVAÇÕES a) Requisitos obrigatórios: - Índice de Massa Corporal (IMC) entre 25 e 40 no momento da inscrição confirmado por médico assistente; - Atestado médico de aptidão física e mental para a atividade proposta com validade de 30 dias; - Ciente e de acordo da chefia imediata (neste formulário) b) Número de participantes por mês: 20 c) Somente participação da seleção as inscrições recebidas no DESAU até o dia 10 de cada mês.				