

# JIS-IFSP

## 2023

# BOLETIM 02



## ATESTADO MÉDICO

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A Comissão de Saúde dos JIS-IFSP 2023, após ponderar sobre a queixa de alguns Pontos Focais a respeito da obrigatoriedade da apresentação de Atestado Médico (Anexo 1), deliberou que o atestado é fortemente recomendado para a participação do(a) servidor(a) no evento, mas a recusa na entrega deste documento não impedirá sua participação, **desde que assine o Termo de Responsabilidade**.

Consta no Anexo 2 deste Boletim o documento “Ficha de Saúde e Termo de Responsabilidade”, que deverá ser entregue por todos(as) os(as) servidores(as), que participarão dos JIS-IFSP 2023, aos pontos focais. Este documento deverá ser enviado devidamente preenchido e assinado, podendo ser utilizada assinatura eletrônica.

11/10/2023

Comissão de Saúde dos JIS-IFSP.

## Anexo 1- MODELO DE ATESTADO MÉDICO

Dr.(a) \_\_\_\_\_

**M É D I C O(A)**

Rua: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

### ATESTADO MÉDICO PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE ESPORTIVA

Atesto, para os devidos fins, que  
\_\_\_\_\_ foi por mim  
examinado(a) nesta data, sendo considerado(a) **APTO(A)** à prática de atividade  
esportiva.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) médico(a) e carimbo com CRM

## **Anexo 2- FICHA DE SAÚDE E TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PARTICIPAÇÃO NOS JOGOS DE INTEGRAÇÃO DOS SERVIDORES DO IFSP**

Eu, \_\_\_\_\_, SIAPE: \_\_\_\_\_, **DECLARO** estar ciente que a Comissão Organizadora dos Jogos de Integração dos Servidores do IFSP solicitou a apresentação de atestado médico indicando a minha aptidão física para práticas esportivas.

(  ) Entregarei o atestado médico solicitado.

(  ) Não entregarei o atestado médico solicitado. Optando por não o apresentar, assumo o risco de quaisquer complicações de saúde que possam ocorrer durante e/ou após minha participação nos Jogos de Integração dos Servidores do IFSP. Declaro-me ciente quanto aos riscos à minha integridade física inerente à natureza da atividade praticada e reconheço que esta escolha pode aumentar ainda mais os riscos à minha saúde.

### **Dados importantes para o caso de necessidade de atendimento médico:**

Em caso de acidentes ligar para: \_\_\_\_\_ (  )  
\_\_\_\_\_.

Tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_

Alergia a algum medicamento? (  ) Não (  ) Sim. Qual(is): \_\_\_\_\_

Faz uso de algum medicamento? (  ) Não (  ) Sim. Qual(is): \_\_\_\_\_

Está em tratamento médico? (  ) Não (  ) Sim. Qual(is): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) servidor(a)