



www.nauai.com.br

FICHA DE EMERGÊNCIA DO MERGULHADOR

| | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------------|--|
| N° DAN: | | N° SUS | | IDADE: | |
| NOME: | | | | DATA NASC.: / / | |
| END. (Rua/Av.): | | | | N° | |
| BAIRRO: | | CIDADE: | | CEP: | |
| TEL: () | | E-MAIL: | | | |
| PROFISSÃO: | | | | Est. Civil: | |
| CPF: | | RG: | | N° NAUI # | |
| Em caso de Emergência, avisar: | | | | | |
| Tem Alergia? Descreva: | | | | | |
| Toma medicação controlada? Descreva qual e horário que faz uso: | | | | | |
| É fumante? | | Faz uso diário de bebida alcóolica? | | | |
| Tem convênio médico? Descreva: | | | | | |
| Fez alguma cirurgia recente? (período de 1 ano). Descreva: | | | | | |
| Declaro ser verdadeiro os dados acima. | | | | | |
| Autorizo o fornecimento de Oxigênio se necessário. _____ | | | | | |
| | | | | Assinatura | |
| DADOS ABAIXO APENAS PARA USO EM AVALIAÇÃO DO MERGULHADOR ACIDENTADO | | | | DATA/HORA: | |
| FC | | FR | | PA | |
| TC | | SPO2% | | GLICEMIA | |
| ECG | | Responsável pela 1ª Avaliação: | | | |
| Sinais e Sintomas: | | | | | |

Obs.: Levar atestado médico, cartão de vacinação, cartão de convênio médico/SUS, IDT, credencial de mergulho.

www.nauai.com.br