

Autodeclaração de saúde do participante

A **autodeclaração de saúde** deverá ser enviada juntamente com seus documentos ao gabinete que fará sua inscrição. É essencial que as informações sejam completas e verdadeiras, para que, em casos de emergência, a Câmara dos Deputados possa agir corretamente, prestando o atendimento adequado ao seu caso. As informações de saúde serão mantidas em sigilo e somente serão acessadas pelos médicos do Departamento Médico da Câmara e membros da organização do programa em caso de necessidade.

Antes de preencher, leia com atenção as informações abaixo:

- A Câmara dos Deputados disponibiliza atendimento de emergência em seu Departamento Médico (Demed) de segunda a sexta de 9h às 18h. Fora deste horário, o Demed não disponibiliza exames diagnósticos e, por isso, recomendamos que procure atendimento na rede de saúde convencional.
- A capacidade de atendimento do Demed não é a mesma de um hospital. Sendo assim, caso haja necessidade, você será encaminhado(a) ao serviço de saúde convencional. Se possuir convênio médico que atenda fora do seu domicílio, encaminharemos à sua rede conveniada. Caso não possua, você será encaminhado à rede pública de saúde.
- Se você não possui convênio médico ou se o seu convênio não possui abrangência nacional, considere contratar um seguro de viagem que inclua assistência médica.
- Lembramos que a aquisição de medicamentos necessários é de sua responsabilidade. Traga consigo os seus medicamentos de uso regular.

Eu,

, CPF

declaro que estou em boas condições de saúde para participar das atividades do programa

Estágio Visita de Curta Duração, nas seguintes datas

Possui alguma restrição médica? (Alergias, restrições a medicamentos e/ou outras)	
Possui alguma deficiência ou necessidade de atendimento diferenciado? Especifique.	
Caso possua plano de saúde, indique o nome do plano e o número da matrícula.	
Indique uma pessoa para contato em caso de emergência	Nome: Telefones (com ddd):

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas.

Data: ___/___/___ _____

Assinatura