Estabelecimento : _____
Nome do Responsável: _____
RG/CREF: _____Telefones: _____
Endereço: _____
Cidade _____CEP_____E-mail_____

Ilmo. Sr.
Presidente do CREF14/GO-TO

Em virtude de sua solicitação referente à exigência do exame médico e outros neste estabelecimento, venho prestar as seguintes informações:

01) Efetuamos anamnese ao usuário que ingressa em nossos programas de exercícios físicos ou esporte:
( ) SIM, ( ) NÃO

02) Efetuamos avaliação física ao usuário que ingressa em nossos programas de exercícios físicos ou esporte:
( ) SIM, ( ) NÃO

03) Exigimos atestado médico ao usuário que ingressa em nosso programa de exercícios físicos ou esporte:
( ) SIM, ( ) NÃO

04) Alertamos e afixamos em local visível aos profissionais e usuários a recomendação do CREF14/GO-TO e do MPF sobre a obrigatoriedade e importância do exame médico (Lei Estadual nº. 12.881/1996).
( ) SIM, ( ) NÃO

05) Providenciamos uma lista para colher a assinatura dos profissionais e usuários dando ciência da recomendação do CREF14/GO-TO e do MPF sobre a obrigatoriedade do referido exame médico.
( ) SIM, ( ) NÃO

06) Desejo ainda fazer as seguintes considerações sobre a exigência do exame médico pelo CREF e pelo MPF:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Local/Data: _____, _____, de _____de 200__.

Assinatura: _____