



CENTRO DE MEDICINA DESPORTIVA DO MINHO

Coordenação Clínica Dr. João Pedro Araújo

Rua do Centro Cultural e Social
de Santo Adrião, s/ n.º
4715-016 Braga

Telefone: 253 200 690
Fax: 253 200 695
Email: geral@cmdm.pt
www.cmdm.pt

CMDM – Centro de Medicina Desportiva do Minho

Os determinantes e condicionantes relacionados com as doenças crónicas como as de foro cardíaco, bem como as situações de morte súbita, incentivam a que todos os praticantes de exercício físico e desporto na escola, em cada ano, sejam detentores do Exame Médico Desportivo devidamente validado. De acordo com a Legislação em vigor, o Exame Médico Desportivo é o meio que permite aferir a aptidão para a prática de desporto.

O Projeto CMDM, além da formalização e validação anual do Exame Médico Desportivo, permite o acesso a serviços de acompanhamento clínico-desportivo ao longo do ano, designadamente ao nível da medicina desportiva, enfermagem, nutrição, psicologia, entre outros, bem como convergir com processos de investigação científica.

Solicitamos a leitura atenta e a compreensão das condições de acesso que incluem o preenchimento da ficha de Inscrição que se segue, bem como da declaração de consentimento para o desenvolvimento de estudos de investigação (facultativo). No processo de investigação NÃO SERÁ RECOLHIDO SANGUE NEM FEITAS PICADAS OU INJEÇÕES e é possível abandonar-se a qualquer momento. Todas as informações obtidas serão confidenciais.

1. CONDIÇÕES DE ACESSO

O Exame Médico Desportivo deve ser realizado no início da prática desportiva e/ou no mês de nascimento, marcando uma consulta no CMDM previamente.

As Inscrições são consideradas efetivas e válidas após o pagamento de 10€/ano (na secretaria ou por transferência bancária) no tempo limite de 24 horas após solicitação do serviço. São permitidas inscrições de última hora quando se efetivam com menos de 24 horas da marcação da consulta e/ou prestação do serviço clínico, contudo obedecem a regulamento próprio.

• Protocolo de Atendimento:

- Inscrição (antecipadamente);
- Protocolo administrativo;
- Protocolo clínico;
- Conclusão do Processo.

2. FICHA DE INSCRIÇÃO CMDM

NOME (completo) _____
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____, N.º CARTÃO DE CIDADÃO/BI _____
RESIDENTE EM _____
CÓDIGO POSTAL ____ - ____ LOCALIDADE _____
EMAIL _____ CONTATO TELF. _____
N.º CONTRIBUINTE _____ N.º UTENTE _____
PROFISSÃO _____ HABILITAÇÕES LITERÁRIAS _____
MÉDICO DE FAMÍLIA _____ ENFERMEIRO
DE FAMÍLIA _____ CENTRO DE SAÚDE/USF _____
OUTRO MÉDICO ASSISTENTE _____

Cobrança da taxa de Inscrição:

Na secretaria CMDM Por transferência bancária

Data: ____/____/____ O Utente/ Encarregado de Educação (assin. conforme BI/CC):

3. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial

Eu abaixo assinado (nome completo), _____,
encarregado de educação da criança (nome completo) _____
_____ matriculado na Escola _____
Ano _____ Turma _____ N.º _____ nascido em ____/____/____, tomei conhecimento
e compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do projeto **CMDM** e aceito integrar
estudos de investigação.

Data: ____/____/____ O Utente/ Encarregado de Educação (assin. conforme BI/CC):