



Exmo. Senhor  
Presidente da  
Federação Triatlo de Portugal  
Alameda do Sabugueiro, 1 - B  
Murganhal  
2760-128 CAXIAS

Sua Referência:	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		452/GJ/06	20-10-2006
ASSUNTO:	FICHAS MÉDICAS DESPORTIVAS – FALSIFICAÇÃO DE DOCUMENTO		

1. De harmonia com os artigos 4.º e 5.º, do Decreto-Lei n.º 345/99, de 27 de Agosto, os exames de avaliação médico-desportiva são obrigatórios para os praticantes desportivos, árbitros, juizes e cronometristas filiados, ou que se pretendam filiar, em federações de utilidade pública desportiva.
2. Por seu turno, estipula o n.º 1 do artigo 8.º, do citado diploma, que a decisão médica dos exames de avaliação médico-desportiva referidos nos artigos anteriores deve constar de ficha própria, sob pena de ineficácia.
3. O modelo de ficha referido no número precedente será aprovado por despacho conjunto do membro do governo que tutele a área do desporto e pelo Ministro da Saúde, o qual ser objecto de publicação na 2.ª série do Diário da República. (cf. n.º 2 do artigo 8.º)
4. O Despacho conjunto n.º 916/2003, de 19 de Setembro, aprovou o novo modelo, de ficha de exame de avaliação médico-desportiva, e publicou-o em anexo.
5. Nestes termos, trata-se de um documento oficial que pode, unicamente, ser adquirido nos Centros de Medicina Desportiva de Lisboa e Porto e nas Delegações Distritais do Instituto do Desporto de Portugal, mediante o pagamento da importância de 60 cêntimos.

Federação de Triatlo de Portugal
Entrada n.º _____
Proc.º <u>1.8</u>
Data <u>07 / 11 / 06</u>
Destino <u>Paes. (pk ambecia)</u>

E-MAIL: idesporto@mail.telepac.pt

10.11.06

De colocar no site pk ambecia geral.



Instituto do Desporto de Portugal

6. No caso em apreço, fomos informados que algumas Associações comunicam aos clubes para fazerem fotocópias, via Internet, das fichas médico-desportivas oficiais, com o seu conteúdo alterado, a fim de as facultarem para preenchimento.

7. A situação em crise parece-nos configurar o crime de falsificação de documento, previsto no artigo 256.º do Código Penal, nos termos do qual:

“ 1 – Quem, com intenção de causar prejuízo a outra pessoa ou ao Estado, ou de obter para si ou para outra pessoa benefício ilegítimo:

a) Fabricar documento falso, falsificar ou alterar documento, ou, abusar da assinatura de outra pessoa para elaborar documento falso;

...

É punido com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa.”

8. Nesta conformidade, esclarece-se que as fichas de exame de avaliação médico-desportivas devem ser adquiridas nos organismos mencionados no n.º 5, deste ofício, sob pena de quem actuar de outro modo poder ser penalizado criminalmente.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente

(Luis Bettencourt Sardinha)

ANEXO: Original de ficha médico-desportiva

# EXAME MÉDICO DESPORTIVO

PARA A FEDERAÇÃO OU ASSOCIAÇÃO

EXAME N.º	DATA	
NOME	B I	
DATA / NASCIMENTO	NACIONALIDADE	
MORADA		
C. POSTAL	LOCALIDADE	TEL.
CLUBE	MODALIDADE	ESCALÃO
NOME / MÉDICO		

COLAR VINHETA DO MÉDICO  
OU  
CARIMBO DA INSTITUIÇÃO PÚBLICA  
DE MEDICINA DESPORTIVA

## DECISÃO MÉDICA

APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES  
PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE

NÃO APRESENTA CONTRAINDICAÇÕES  
PARA A PRÁTICA DA MODALIDADE  
COM / SEM RESTRIÇÕES

QUAIS

ASSINATURA DO MÉDICO

CÉDULA PROFISSIONAL Nº

PARA O MÉDICO QUE REALIZA O EXAME

### PREENCHER SÓ O TALÃO COM OS DADOS PESSOAIS E ESTE QUADRO.

1. DECLARAÇÕES PESSOAIS	SIM	NÃO	ANO
Responda às seguintes questões (Assinale com um X) A preencher exclusivamente pelo Atleta ou Encarregado de Educação			
1. Estive Internado no Hospital ou Clínica?			
2. Foi Operado?			
3. Perdas de Consciência? Epilepsia?			
4. Teve alguma lesão no Desporto?			
5. Hábitos Alcoólicos? / Hábitos Tabágicos?			
6. Consome Narcóticos, Estimulantes, ou outras substâncias?			
7. Toma regularmente algum medicamento? Qual?			
8. Doenças Alérgicas?			
9. Asma, Pneumotorax, Tuberculose, outras doenças pulmonares?			
10. Doenças do Aparelho Digestivo?			
11. Doenças do Coração?			
12. Doenças Renais?			
13. Doenças Ósseas (Coluna, articulações)?			
14. Diabetes?			
15. Doenças do Sangue?			
16. Doenças Mentais?			
17. Doenças da Pele?			
18. Teve alguma doença que não foi aqui mencionada?			
19. Já fez um Exame Médico Desportivo?			
20. Resultado do Exame anterior			
Confirmo as Declarações por mim efectuadas			
DATA / / ASSINATURA			
O próprio, com idade igual ou superior a 18 anos, ou Encarregado de Educação			

2. ANTECEDENTES FAMILIARES	SIM	NÃO
1. Doenças Cardiovasculares (Miocardiopatia, O. Coronária, etc.)		
2. Hipertensão Arterial		
3. Morte Súbita		
4. Asma		
5. Diabetes		
6. Epilepsia		
7. Tumores		
8. Doenças Hematológicas		
9. Outros		
* Insira n.º de código se a resposta for SIM: (Ins 1 / Ans 2 / Ins 3)		

3. ANTECEDENTES PESSOAIS	SIM	NÃO
1. Cirurgias		
2. Perdas de Consciência		
3. Traumatismos Cranianos ou Fracturas Ósseas		
4. Palpitações, Dispneia, Dôr Torácica, Lipotímia		
5. Cardiopatia		
6. Hipertensão Arterial		
7. Doenças do Aparelho Digestivo		
8. Asma Bronquial, Alérgias, Rinite		
9. Hepatite		
10. Diabetes		
11. Epilepsia		
12. Hábitos Alcoólicos / Tabágicos		
13. Vacinas Actualizadas (Tétano, Hepatite B)		
14. Outros		

4. ANTECEDENTES DESPORTIVOS	SIM	NÃO
1. Já fez Desporto Federado? Há quantos anos?		
2. Quantas horas semanais? (24 horas por semana)		

5. EXAME BIOMÉTRICO			
1. Peso			Kg
2. Estatura			Cm

6. EXAME ECIOSCÓPICO	SIM	NÃO
1. Desenvolvimento Normal		
2. Alterações Dermatológicas / Cicatrizes		
3. Escoliose / Clivose / Lordose		
4. Dismetria dos Membros		
5. Genus Valgus / Genus Varus		
6. Pé Plano / Pé Caído		
7. Varizes		
8. Outros		

7. EXAME OFTALMOLÓGICO	DIR.	ESQ.
1. Acuidade Visual sem Correção	/ 10	/ 10
2. Acuidade Visual com Correção (Óculos / Lentes de Contacto)	/ 10	/ 10
3. Miopia / Hipermetropia / Estrabismo / Astigmatismo		
4. Outros		

8. EXAME O.R.L.	L. D.	L. E.		
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1. Audição a 5 m sem Alterações				
2. Sinusite / Otitis / Outros				

9. EXAME ESTOMATOLÓGICO	SIM	NÃO
1. Sem Cárie / Cárie Tratada / Faltas / Prótese		
2. Cáries não Tratadas		

10. EXAME DO ABDÓMEN	SIM	NÃO
1. Organomegalia / Hérnias		
2. Outros, Quais?		

11. EXAME GÊNITO-URINÁRIO	SIM	NÃO
1. Menarca		
Idade		
2. Alterações do Ciclo Menstrual		
3. Outros?		

12. EXAME CÁRDIO-CIRCULATÓRIO E RESPIRATÓRIO	SIM	NÃO
1. Pulso Radial (Simétrico, Palpáveis e Sincrono)		
Pulso Femoral (Simétrico, Palpáveis e Sincrono)		
2. Auscultação Cardíaca Normal		
3. Auscultação Pulmonar Normal		
4. Frequência Cardíaca		
5. P. Arterial		

13. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO	SIM	NÃO
1. E.C.G. Normal		
2. Radiografia do Tórax Normal		
DATA / /		
3. Outros		

OBSERVAÇÕES (Descrição da Patologia Referenciada ou outros exames)