

## ATESTADO MÉDICO

Este certificado tem como base as diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. Após aprovação no teste de aptidão física o documento deverá ser preenchido com letra de forma legível, datado e assinado pelo médico, juntamente com o seu carimbo de registro profissional. A apresentação do presente atestado é OBRIGATÓRIA no momento da retirada do kit. O atleta que não o apresentar terá a inscrição automaticamente cancelada.

**Médico (a):**

Médico (a) abaixo, assinado, atesto que os exames do(a) atleta(a)

**Nome do Atleta:**

**RG:**

**CPF:**

**Data de Nascimento:**

Não apresentaram nenhuma contra-indicação para participar em competições de corrida trail run, modalidade individual de:

( ) 9km

( ) 21km

( ) 42km

( ) 75km

( ) 100km

**Atestado médico emitido em (local):**

**Data:**

ASSINATURA DO MÉDICO

CARIMBO COM REGISTRO  
PROFISSIONAL:

### DADOS COMPLEMENTARES

Grupo sanguíneo (fator RH):

Frequência cardíaca em repouso:

Alergia (especifique):

Para emergência contato nome:

Telefone:

Plano de saúde (se tiver):

Número:

**ATESTADO DE SAÚDE VÁLIDO SOMENTE EMITIDO APÓS 25 de MARÇO 2024**  
Esse atestado ou uma cópia autenticada em cartório ficará retido pela organização.