

# CERTIFICADO MÉDICO

Este certificado tem como base as diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. Após aprovação no teste de aptidão física (TAF) 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 certificado é **obrigatória** no momento da retirada do kit. A apresentação deste Certificado está condicionada a participação do atleta na prova.



Eu, \_\_\_\_\_ médico(a) abaixo-assinado, atesto que os exames do(a) atleta \_\_\_\_\_ documento de identidade nº \_\_\_\_\_ e data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ não apresentou nenhuma contraindicação para participar de corrida trail run, modalidade individual de \_\_\_\_\_ km.

Atestado médico emitido em (local): \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_

Carimbo Registro Profissional

\_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_ \*

Dados Complementares:

Grupo Sanguíneo (fator RH): \_\_\_\_\_ Frequência cardíaca em repouso: \_\_\_\_\_

Alergia (especifique): \_\_\_\_\_

Contato para emergência: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Plano de saúde: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_