

## **TERMO DE RESPONSABILIDADE** (p/ impressão)

(Imprima, preencha e entregue no ato da retirada do Kit numérico e assinatura da súmula de prova)

**CATEGORIA** (Num. categ.):..... **Nº DO ATLETA (Organização)**:.....

**Nome do atleta 01**:.....

### **DADOS MÉDICOS**

Emergência Ligar:..... Contato:..... Plano de saúde:.....

#### **Histórico médico:**

Alérgico à medicamentos?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Distúrbio cardíaco ?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO
Epilepsia e convulsões ?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Distúrbio nervoso ou mental?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO
Distúrbio sanguíneo ?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Tratamento cirúrgico?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO
Usa medicamento ou drogas?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Qual Medicamento em uso?.....				

#### **Caso Categoria Dupla.**

**Nome do atleta 02**:.....

### **DADOS MÉDICOS**

Emergência Ligar:..... Contato:..... Plano de saúde:.....

#### **Histórico médico:**

Alérgico à medicamentos?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Distúrbio cardíaco ?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO
Epilepsia e convulsões ?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Distúrbio nervoso ou mental?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO
Distúrbio sanguíneo ?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Tratamento cirúrgico?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO
Usa medicamento medicamento ou drogas?	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Qual Medicamento em uso?.....				

Alguma informação complementar:.....

Eu, até hoje, não fui impedido de participar de qualquer outro esporte por motivos médicos. Em caso de emergência, autorizo qualquer pessoa qualificada a administrar o tratamento necessário, médico e / ou cirúrgico, incluindo a administração de sangue e derivados sanguíneos. Autorizo também que as informações relativas ao meu estado de saúde sejam dadas pelo médico responsável para o diretor da prova, bem como para meu próprio médico e / ou meus parentes. Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras. Declaro para os devidos fins que estou ciente e de acordo com regulamento desta competição e isento os organizadores, promotores, patrocinadores e supervisores deste evento de toda e qualquer responsabilidade sobre quaisquer conseqüências que possam advir de minha participação nesta prova NÃO cabendo qualquer tipo de indenização.

Declaro estar ciente dos protocolos a serem seguindo em combate ao novo Corona Vírus – Covid 19.

....., ...../ ...../ 2022

Nº do RG do atleta ou Responsável:.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do atleta

\_\_\_\_\_  
Responsável Legal