

# ATESTADO MÉDICO

## DESAFIO DAS SERRAS ULTRAMARATONA 2024



Eu, \_\_\_\_\_ médico(a) abaixo assinado,  
atesto que os exames do(a) atleta(a) \_\_\_\_\_  
documento de identificação nº \_\_\_\_\_ data de nascimento:     /     /  
não apresentaram nenhuma contra-indicação para participar em competições de corrida de montanha  
de \_\_\_\_\_ Km.

<b>Grupo Sanguíneo fator RH:</b>	<b>Frequência Cardíaca em repouso:</b>	
<b>Alergia especifique:</b>		
<b>Contato para Emergência:</b>	<b>Telefone:</b>	
<b>Plano de Saúde:</b>	<b>Número:</b>	

Especificar caso haja algum tipo de observação relevante:

\_\_\_\_\_

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

Data:     /     /

<b>Médico responsável</b>	<b>Carimbo com Registro Profissional</b>

### OBSERVAÇÃO:

SERÃO ACEITOS OUTROS MODELOS DE ATESTADO MÉDICO, DESDE QUE ESTEJA NO PRAZO DE VALIDADE DE 12 MESES.