

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.

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

Especificar caso haja algum tipo de observação relevante:

Atestado médico emitido em (local): _____

Data: / /

Médico responsável	Carimbo com Registro Profissional

OBSERVAÇÃO:

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