



NOME CPF Nº

DATA DE NAS SEXO CEL OP

ENDEREÇO Nº COMPL

CIDADE ESTADO PAÍS CEP

EMAIL CONVÊNIO MÉDICO

EM CASO DE EMERGÊNCIA CONTATAR:

NOME FONE PARENTESCO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que aceito e estou de acordo com os termos do regulamento da prova, e que participo deste evento assumindo a responsabilidade por meus dados, participando por livre e espontânea vontade, sendo conhecedor (a) de meu estado de saúde físico e mental, assumindo minhas despesas de transporte, hospedagem e alimentação, seguros e quaisquer outras despesas necessárias ou provenientes da minha participação na prova, antes, durante e depois da mesma.

Autorizo expressamente o uso de minhas imagens, que venham a ser colhidas durante a realização desta prova, pela Organização do Evento e por seus staffs, bem como por suas eventuais sucessoras, para fins publicitários e de divulgação, renunciando a qualquer remuneração ou indenização. Autorizo também em idênticas condições as ações de divulgação que venham a ser realizadas pela Organização do Evento, como o envio de mensagens informativas e promocionais desta prova e de outras provas congêneres, e de seus patrocinadores, apoiadores e empresas participantes via e-mail, carta, torpedos SMS, dentre outros, para meus telefones e endereços cadastrados por mim ou por quem tenha feito minha inscrição. Entendo que todo o material e equipamentos necessários para minha participação neste evento, são de minha inteira responsabilidade, tanto em obtê-los, como por sua guarda e zelo.

Acató não portar e utilizar dentro das áreas autorizadas à minha circulação e participação, nenhum material político, promocional ou publicitário, nem letreiros que possam ser vistos pelos demais participantes e público presentes, sem autorização por escrito da organização, assim como também, não portar material perigoso ou objeto que ponha em risco a segurança do evento e/ou das pessoas e estruturas.

Afirmo que não correrei a prova se estiver clinicamente incapacitado (a), mal treinado (a) ou indisposto (a) na semana anterior à prova ou no dia dela, e excluo de toda a responsabilidade civil, em meu nome, de meus herdeiros e sucessores, a organização do evento, bem como todos os promotores e patrocinadores, caso corra sem condições, assumindo todos os riscos associados com o correr neste evento, inclusive, mas não somente, com os efeitos do tempo, quedas, acidentes e contato com outros competidores, voluntários ou espectadores.

Autorizo também a qualquer membro da Equipe de Saúde da prova em assistir-me, assim como a realizar todos os procedimentos diagnósticos necessários para tal atendimento. Estou ciente que a Equipe de Saúde da prova tem como objetivo somente o atendimento as intercorrências médicas que sucederem durante a prova e a remoção dos atendidos para os hospitais de retaguarda designados, não sendo responsável por minha avaliação médica prévia a prova, que é de minha responsabilidade.

Por fim, declaro que tenho conhecimento fidedigno do regulamento da competição e aceito seu conteúdo, assim como do mapa do percurso e do lugar da localização do mesmo, bem como reconheço que a Organização poderá cancelar esta etapa, por motivos de caso fortuito e/ou força maior, hipótese em que o valor correspondente será restituído integralmente aos competidores. Reconheço que os participantes deverão transitar por trilhas, campos, ruas e caminhos de montanha e na natureza em geral, bem como que é de meu conhecimento que os competidores passarão por terrenos com desnível, obstáculos naturais, trechos com água, etc.

Comprometo-me a aceitar qualquer decisão de um oficial de corrida, relativa à minha capacidade de completar a prova com segurança.

Assinatura



DECLARAÇÃO DE SAÚDE

NOME	<input type="text"/>	CPF	<input type="text"/>
PESO	<input type="text"/>	ALTURA	<input type="text"/>
ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA	<input type="text"/>	ERGOMETRIA	<input type="text"/>
FREQUÊNCIA CARDÍACA	<input type="text"/>	GRUPO SANGUÍNEO	<input type="text"/>
TEM TREINADOR	<input type="text"/>	FEZ AVALIAÇÃO ESPORTIVA	<input type="text"/>
ANTECEDENTES	<input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> ANSIEDADE <input type="checkbox"/> ARRITIMIA <input type="checkbox"/> SÍNOPE <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/> ANEMIA		
DOÊNCIAS CRÔNICAS	<input type="text"/>	ALERGIAS	<input type="text"/>
LESÃO GRAVE	<input type="text"/>	LESÃO CRÔNICA	<input type="text"/>
CIRURGIAS	<input type="text"/>	TOMA MEDICAMENTOS	<input type="text"/>
PROBLEMAS DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES <input type="checkbox"/> FEZES COM SANGUE <input type="checkbox"/> CEFALÉIAS <input type="checkbox"/> SANGUE NA URINA <input type="checkbox"/> DESMAIOS <input type="checkbox"/> HÉRNIAS <input type="checkbox"/> DOR NO TÓRAX <input type="checkbox"/> PROBLEMAS MENSTRUAIS <input type="checkbox"/> EXPECTORAÇÃO COM SANGUE <input type="checkbox"/> DOR ARTICULARES <input type="checkbox"/> DOR DE ESTÔMAGO <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/> VÔMITO COM SANGUE		
ÚLTIMA PROVA	<input type="text"/>	DATA	<input type="text"/>
OBS	<input type="text"/>		
DATA	<input type="text"/>	<hr/> <p align="center">ASSINATURA</p>	