

**TERMO DE RESPONSABILIDADE – XXXV CORRIDA DA FOGUEIRA -  
2024**

Eu, \_\_\_\_\_, portador da  
RG nº \_\_\_\_\_, órgão emissor \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, idade:  
, sexo: M ( ) F ( ), endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ celular/whatsapp ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_, e-mail  
\_\_\_\_\_, inscrito(a) na XXXV CORRIDA DA FOGUEIRA, Declaro que:

**1)** Os dados pessoais que foram fornecidos para efetivar esta inscrição no evento são de minha total responsabilidade. Li e estou de acordo com o Regulamento do evento. **2)** Participo da XXXV CORRIDA DA FOGUEIRA, por livre e espontânea vontade. Em caso de acidente, eu e minha família, isentamos de qualquer responsabilidade os organizadores, patrocinadores, realizadores, apoios e proprietários dos locais onde se dará a prova. **3)** Como participante da prova, comprometo-me a respeitar a legislação vigente, seja ela municipal, estadual ou federal. **4)** Confirmo estar capacitado(a) para a participação numa prova deste perfil, gozando de perfeito estado de saúde física e mental. **5)** Por este instrumento, cedo todos os direitos de utilização de minha imagem, renunciando ao recebimento de quaisquer rendas que vierem a ser auferidas com materiais de divulgação, campanhas, informações, transmissão de TV, clipes, reapresentações, materiais jornalísticos, promoções comerciais, licenciamentos e fotos, a qualquer tempo, local ou meio e mídia atualmente disponíveis ou que venham a ser implementadas no mercado para este e outros eventos. **6)** Declaro ainda que estou ciente de que caso estas declarações e informações afirmadas pela minha pessoa envolvendo a minha capacidade física de participar desta prova, e demais informações contidas nesse termo de compromisso, não traduza a expressão da verdade, responderei criminalmente por infração prevista no Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

É portador de alguma doença? SIM ( ) NÃO ( )  
Caso possua, qual? \_\_\_\_\_

É alérgico a algum medicamento? SIM ( ) NÃO ( )  
Caso possua, qual? \_\_\_\_\_

Tipo Sanguíneo e fator RH: \_\_\_\_\_

Tem Plano de Saúde? Qual? \_\_\_\_\_

Contato de emergência (nome): \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Após ter lido o TERMO DE RESPONSABILIDADE e tendo compreendido seus termos, entendo que estou desistindo de direitos substanciais através da minha assinatura, a qual faço livre e voluntariamente, sem qualquer coerção.

Garanhuns, em, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA