



ATESTADO MÉDICO

EU, _____ MÉDICO(A)
ABAIXO-ASSINADO, ATESTO QUE OS EXAMES DO(A) ATLETA(A)
_____ DOCUMENTO
DE IDENTIFICAÇÃO N° _____ E DATA
DE NASCIMENTO: ____/____/____ NÃO APRESENTARAM
NENHUMA CONTRA-INDICAÇÃO PARA PARTICIPAR DA COMPETIÇÃO DE
CORRIDA EM TRILHA ULTRA TRAIL CHAPADA DIAMANTINA 2025, NO PERCURSO
DE _____ KM DE DISPUTA INDIVIDUAL.

ATESTADO MÉDICO EMITIDO EM (LOCAL): _____.

DATA: _____.

MÉDICO RESPONSÁVEL

CARIMBO COM REGISTRO PROFISSIONAL

OBS: SERÃO ACEITOS OUTROS MODELOS DE ATESTADO MÉDICO, DESDE QUE EMITIDOS EM 2025 E QUE
CONTENHAM OS DADOS EXEMPLIFICADOS NESSE MODELO.

ESTE DCUMENTO É DE ENTREGA OBRIGATÓRIA JUNTO COM O TERMO DE RESPONSABILIDADE NO
MOMENTO DA RETIRADA DO KIT ATLETA PARA DOS PERCURSOS 65K E 85K.

OS ATLETAS DOS PERCURSOS 7K, 14K, 26K E 42K DEVEM ENTREGAR O TERMO DE RESPONSABILIDADE.