



ULTRAMACHO
AVENTURA NA NATUREZA



 /ultramacho
CNPJ:17.484.875/0001-09

ATESTADO MÉDICO PARA PARTICIPAÇÃO EM PROVA DE CORRIDA EM TRILHA – ATLETA PCD

(Conforme Lei Estadual nº 11.904/2022 e Lei Federal nº 13.146/2015)

Eu, Dr(a). _____,

CRM: _____ UF: _____,

especialista em _____ *(compatível com a condição clínica apresentada)*

atesto para os devidos fins que:

Nome do(a) paciente/atleta: _____

CPF: _____

Data de nascimento: ___ / ___ / ____

Tipo de deficiência (conforme CID): _____

(Preenchimento obrigatório)

Após avaliação clínica, declaro que o(a) paciente acima encontra-se apto(a) a participar de prova de corrida em trilha, na distância abaixo assinalada, sendo este atestado válido por até 1 ano (12 meses) a partir da data de emissão:

7 km

14 km

21 km

42 km

Desafio Onça Pintada (42k + 21k)

Desafio Lobo Guará (14k + 7k)

Declaro ainda que o(a) atleta está ciente e fisicamente apto(a) a enfrentar os seguintes riscos inerentes à modalidade de corrida em trilha:

Rua 11, Quadra 77, Bairro Bom Clima
CEP: 78.195-000 | Chapada dos Guimarães /MT
E-mail: contato@ultramacho.com.br



ULTRAMACHO
AVENTURA NA NATUREZA



   /ultramacho
CNPJ:17.484.875/0001-09

- Atropelamento em via pública
- Escorregamento em pedras soltas
- Subidas e descidas íngremes
- Terreno técnico, irregular e escorregadio
- Deslizamento em trechos com grande declive
- Sintomas de hipertermia e calor extremo
- Contato com tocos, galhos, urtigas, carrapatos, espinhos
- Quedas em locais de altura elevada
- Picadas de insetos ou animais peçonhentos, chuvas intensas, queda de árvores, entre outros
- Escorregões, arranhões, escoriações, pequenas queimaduras
- Lesões leves, graves ou gravíssimas, inclusive por descumprimento das orientações da organização
- Dificuldade de acesso em locais onde o socorro médico pode ser limitado ou demorado

Declaro que todas as informações acima são verdadeiras e que a avaliação foi realizada de forma criteriosa, considerando as exigências específicas da modalidade.

Local _____ Data de emissão _____

Assinatura e carimbo do(a) médico(a):

(Obrigatório carimbo com nome completo e número do CRM)

ultramacho.com.br

Rua 11, Quadra 77, Bairro Bom Clima
CEP: 78.195-000 | Chapada dos Guimarães /MT
E-mail: contato@ultramacho.com.br