



ATESTADO MÉDICO

() PRÓ () SPORT () GRAVEL - CATEGORIA: _____

Este certificado tem como base as diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. Após a aprovação no teste de aptidão física, o documento deverá ser preenchido com letra de forma legível, datado e assinado pelo médico, juntamente com o seu carimbo de registro profissional.

A apresentação do presente certificado é **OBRIGATÓRIA** e deverá ser entregue no dia do DESAFIO, de acordo com o **item 21.1 do regulamento**. A não apresentação deste certificado impossibilitará a retirada do KIT ATLETA e consequentemente, o mesmo não poderá participar da 10ª Edição do DESAFIO CAMINHO DE APARECIDA DE MTB que será realizada em 05 de junho de 2026, tendo sua inscrição imediatamente cancelada.

Eu, _____ médico (a), abaixo assinado, atesto que os exames do (a) atleta _____, CPF nº _____, e data de nascimento ____/____/____, não apresentam nenhuma contra-indicação para participar da 9ª Edição do DESAFIO CAMINHO DE APARECIDA DE MTB 2026, conforme sua opção escolhida acima.

Atestado médico emitido em: _____, ____ de _____ de 2026.

_____ Assinatura	_____ Carimbo Médico
---------------------	-------------------------

DADOS COMPLEMENTARES:

Grupo sanguíneo (fator RH): _____
Frequência cardíaca em repouso: _____ bpm - FCmáx.: _____ bpm
Alergia (especifique): _____
Para emergência: Nome _____ Telefone: () _____
Plano de Saúde: _____ Nº.: _____

IMPORTANTE: validade de 3 meses, após assinatura médica.