



## CERTIFICADO MÉDICO

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 aos organizadores do evento NO RECEBIMENTO DO KIT, de acordo com o item 3.8 do regulamento da prova. A não apresentação deste documento impossibilitará a retirada do Kit por parte do atleta e, conseqüentemente, o mesmo não poderá participar do Capivara Ride 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 contraindicação para participar em competições de Mountain Bike conforme opção escolhida.

Atestado médico emitido em (local): \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Carimbo Profissional

### DADOS COMPLEMENTARES

Grupo sanguíneo (fator RH): \_\_\_\_\_

Frequência cardíaca em repouso: \_\_\_\_\_ Frequência cardíaca alcançada: \_\_\_\_\_

Alergia (especifique): \_\_\_\_\_

Para emergência contactar: Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Plano de saúde: N°: \_\_\_\_\_