

ATESTADO MÉDICO TRAC 2027



ATESTADO MÉDICO

Eu, Dr(a). _____, atesto para os devidos fins que o(a) atleta:

Nome Completo: _____

Documento de Identidade (RG/CPF): _____

Data de Nascimento: __/__/____

Encontra-se, no momento da avaliação, em **plenas condições de saúde física**, não apresentando contra indicações clínicas para a prática de atividades físicas de **alta intensidade**, estando apto(a) a participar da competição de **Trail Run (Corrida de Trilhas)**, na modalidade individual de **50 Km**.

Local: _____ - **Data:** __/__/2027.

Carimbo e assinatura do médico:

FICHA MÉDICA COMPLEMENTAR (Preenchimento pelo Atleta ou Médico)

Grupo Sanguíneo / Fator RH: _____

Frequência Cardíaca em Repouso: _____ bpm.

Alergia a Medicamentos ou Alimentos:

Faz uso de medicação contínua? () Não () Sim:

Condição médica prévia (Ex: Asma, Diabetes):

CONTATOS DE EMERGÊNCIA E SAÚDE

Contato de Emergência: _____ - Tel: (____) _____

Plano de Saúde: _____ - Nº Carteira: _____