



## Confederação Brasileira de Sambo- CBSA

CNPJ: 12.858.336/0001-79

Filiado ao COB (Comitê Olímpico Brasileiro)

Filiado a FIAS (International SAMBO Federation)

Filiado a UPASA (Pan-American Union of Sambo)

Contato: (5521) 96565-3430

[cbsa@sambocbsa.com.br](mailto:cbsa@sambocbsa.com.br)



## 1. Ficha de Inscrição – Campeonato Brasileiro de Sambo 2025

### Campeonato Brasileiro de Sambo 2025

Local: Cuiabá – MT (endereço a confirmar)

Data: 22 e 23 de novembro de 2025

---

### Dados do Atleta

- Nome Completo: \_\_\_\_\_
- Data de Nascimento: // \_\_\_\_\_
- Idade: \_\_\_\_\_
- Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
- RG/CPF: \_\_\_\_\_
- Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Cidade/Estado: \_\_\_\_\_
- Telefone: \_\_\_\_\_
- E-mail: \_\_\_\_\_

### Vinculação

- ( ) **Federado** – Nome da Federação: \_\_\_\_\_
- ( ) **Convidado** – Estado que representa: \_\_\_\_\_

## Competição

- Categoria: \_\_\_\_\_
- Modalidade:
  - ( ) Sambo Esportivo Peso \_\_\_\_\_
  - ( ) Sambo Combat Peso \_\_\_\_\_
  - ( ) **Beach Sambo** Peso \_\_\_\_\_
- Nome do Técnico: ALCINDO RABELO CAMPOS

## 2. Termo de Responsabilidade – Campeonato Brasileiro de Sambo 2025

Eu, \_\_\_\_\_,

portador do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, declaro estar ciente e de acordo com os seguintes termos:

1. Estou participando do **Campeonato Brasileiro de Sambo 2025** por livre e espontânea vontade, assumindo total responsabilidade por minha participação.
2. Declaro que gozo de boa saúde física e mental, estando apto(a) a participar da competição.
3. Isento a **Confederação Brasileira de Sambo (CBSA)**, organizadores, patrocinadores e colaboradores de qualquer responsabilidade por acidentes, lesões ou danos físicos que possam ocorrer durante o evento.
4. Comprometo-me a respeitar as regras da FIAS, regulamentos da CBSA, arbitragem e demais normas vigentes.
5. Autorizo a utilização da minha imagem (foto, vídeo, áudio) para divulgação do evento em mídias sociais, site oficial e demais meios de comunicação.

## 3. Formulário de Saúde – Campeonato Brasileiro de Sambo 2025

1. Possui algum problema de saúde crônico? ( ) Sim ( ) Não
  - o Se sim, qual? \_\_\_\_\_
2. Faz uso contínuo de medicamentos? ( ) Sim ( ) Não
  - o Se sim, quais? \_\_\_\_\_
3. Possui histórico de cirurgias recentes (últimos 12 meses)? ( ) Sim ( ) Não
  - o Quais? \_\_\_\_\_
4. Possui alguma restrição médica para atividades físicas? ( ) Sim ( ) Não

o Qual? \_\_\_\_\_

5. Possui alergias? ( ) Sim ( ) Não

o Quais? \_\_\_\_\_

### **Declaração**

Declaro, para os devidos fins, que todas as informações prestadas neste documento são verdadeiras, assumindo total responsabilidade civil, administrativa e penal pela veracidade dos dados e por minha participação no **Campeonato Brasileiro de Sambo 2025**.

Nos termos do **artigo 299 do Código Penal Brasileiro**, é crime omitir ou inserir declaração falsa em documento público ou particular, estando o declarante sujeito às penalidades previstas em lei.

Fica estabelecido que este documento deverá ser obrigatoriamente:

1. Gerado em formato **PDF**;
2. Assinado digitalmente por meio da plataforma **Gov.br**, conforme regulamenta a **Medida Provisória nº 2.200-2/2001**, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira – ICP-Brasil, atribuindo validade jurídica aos documentos eletrônicos assinados digitalmente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025

---

Assinatura do Atleta

---

Assinatura do Responsável Legal (se menor de 18 anos)