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

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
   - Se sim, qual? _____
2. Faz uso contínuo de medicamentos? ( ) Sim ( ) Não
   - Se sim, quais? _____
3. Possui histórico de cirurgias recentes (últimos 12 meses)? ( ) Sim ( ) Não
   - Quais? _____
4. Possui alguma restrição médica para atividades físicas? ( ) Sim ( ) Não

- Qual? _____

5. Possui alergias? ( ) Sim ( ) Não
    - 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)