

ULTTTRA

CERTIFICADO DE AVALIAÇÃO MÉDICA

Este certificado/atestado médico toma como base as diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. Após a realização do teste de aptidão física, este documento deverá ser preenchido com letra de forma legível, datado e assinado pelo seu médico, juntamente com o seu carimbo de registro profissional. A apresentação do presente certificado é obrigatória no momento da retirada do kit. O atleta que não o apresentar terá a inscrição automaticamente **cancelada** e sua participação no evento será vetada.

Eu, _____ médico(a) abaixo-assinado, atesto para os devidos fins que os exames do(a) atleta(a) _____ Documento de Identidade _____ e data de nascimento: ____/____/____ não apresentaram nenhuma contra-indicação para participar do evento UITTtra modalidade individual da TTT 2026 – Travessia Torres – Tramandaí, com quilometragem de 84.4km disputado pela faixa de areia do litoral do Rio Grande do Sul com largada em Torres e chegada em Tramandaí, no dia 17 de Janeiro de 2026.

Este documento foi preenchido na cidade _____.

Na Data: _____

Assinatura do Médico Responsável

Carimbo com CRM

Dados Complementares:

Grupo sanguíneo (fator RH): _____ Freqüência cardíaca em repouso: _____

Alergia(especifique): _____

Para emergência contactar: _____ Telefone: _____

Plano de saúde: _____ N°: _____

