

# ULTRAMARATONA DOS PERDIDOS

SkyMarathon®

2017

## MODELO ATESTADO MÉDICO

Eu, \_\_\_\_\_ médico(a) abaixo-assinado,  
atesto que os exames do(a) atleta \_\_\_\_\_  
portador do R.G. \_\_\_\_\_ e data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
não apresentaram nenhuma contra-indicação para participar em competições de  
corrida em montanha de \_\_\_\_\_ Km.

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

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico e  
Carimbo de Registro Profissional

### Dados Complementares:

Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Frequência cardíaca em repouso: \_\_\_\_\_

Alergia: \_\_\_\_\_

Contato de emergência: \_\_\_\_\_

Plano de saúde: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_