



ATESTADO MÉDICO – APTIDÃO PARA PROVA ULTRA

O(A) MÉDICO(A) abaixo assinado(a) atesta, para os devidos fins, que o(a) ATLETA identificado(a) neste documento foi avaliado(a) clinicamente e **encontra-se apto(a) para a prática de atividade física de alta intensidade**, estando liberado(a) para participar de prova esportiva de resistência, na modalidade **ULTRA**, do evento citado.

O(A) médico(a) declara que, na presente data, **não foram identificadas contraindicações médicas** que impeçam a participação do(a) atleta na referida prova, ciente este(a) dos riscos inerentes à prática esportiva em ambientes naturais.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras.

_____, _____ de _____ de _____
Cidade Dia Mês Ano

MÉDICO(A) RESPONSÁVEL

Nome Completo: _____

CRM: _____

Assinatura e carimbo: _____

ATLETA

Nome Completo: _____

CPF: _____