



## ATESTADO MÉDICO

EU, \_\_\_\_\_ MÉDICO(A)  
ABAIXO-ASSINADO, ATESTO QUE OS EXAMES DO(A) ATLETA(A)  
\_\_\_\_\_ DOCUMENTO  
DE IDENTIFICAÇÃO N° \_\_\_\_\_ E DATA  
DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NÃO APRESENTARAM  
NENHUMA CONTRA-INDICAÇÃO PARA PARTICIPAR DA COMPETIÇÃO DE  
CORRIDA EM TRILHA ULTRA TRAIL CHAPADA DIAMANTINA 2023, NO PERCURSO  
DE \_\_\_\_\_ KM DE DISPUTA INDIVIDUAL.

ATESTADO MÉDICO EMITIDO EM (LOCAL): \_\_\_\_\_.

DATA: \_\_\_\_\_.

---

MÉDICO RESPONSÁVEL

---

CARIMBO COM REGISTRO PROFISSIONAL

OBS: SERÃO ACEITOS OUTROS MODELOS DE ATESTADO MÉDICO, DESDE QUE EMITIDOS EM 2023 E QUE  
CONTENHAM OS DADOS EXEMPLIFICADOS NESSE MODELO.  
ESTE DCUMENTO É DE ENTREGA OBRIGATÓRIA JUNTO COM O TERMO DE RESPONSABILIDADE NO  
MOMENTO DA RETIRADA DO KIT ATLETA PARA DOS PERCURSOS 50K E 80K.  
OS ATLETAS DOS PERCURSOS 7K, 14K, 21K E 36K DEVEM ENTREGAR O TERMO DE RESPONSABILIDADE.