



## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, \_\_\_\_\_, no perfeito uso de minhas faculdades, DECLARO para os devidos fins de direito que:

1. Estou ciente de que se trata de uma competição de corrida, esporte de risco e de grande esforço físico;
2. Sou responsável pelo meu estado físico, mental e equipamento pessoal, utilizados durante esta prova e declaro que não existe nenhuma recomendação médica que me impeça de praticar atividades físicas.
3. Li, conheço, aceito e me submeto integralmente a todos os termos do regulamento do evento, disponível na página de internet no domínio <https://www.brasilride.com.br>, declinando, expressamente, que todas as normas e regras constantes são pautadas pelo equilíbrio e bom senso, e não posso, assim, alegar futuramente não concordar com as mesmas.
4. Estou ciente das penalidades e possível desclassificação que posso sofrer caso descumpra o regulamento ou cometa qualquer falta grave. Excluo meu direito de reclamação sobre tais aspectos da prova em qualquer órgão civil ou militar e/ou Tribunal.
5. Autorizo o uso de minha imagem, assim como familiares e amigos, para fins de divulgação do evento, por fotos, vídeos e entrevistas em qualquer meio de comunicação, sem geração de ônus para os Organizadores, Mídia, Patrocinadores e Apoiadores.
6. Compreendi e estou de acordo com todos os itens deste TERMO DE RESPONSABILIDADE, isentando assim quem quer que seja, de toda e qualquer responsabilidade legal de tudo o que vier a ocorrer comigo por consequência da minha participação nesta PROVA.
7. Declaro ter ciência que menores de 18 anos só participarão da prova com a autorização expressa de seu responsável legal que responderá pelos atos, sejam eles intencionais ou por desconhecimento e ainda solidário às atitudes isoladas dos demais integrantes e às decisões tomadas em regime de maioria pela equipe, assumindo total responsabilidade caso infrinjam legislações de âmbito municipal, estadual ou federal.
8. Assumo, por minha livre e espontânea vontade, todos os riscos envolvidos e suas consequências pela participação nesta PROVA (que incluem possibilidade de invalidez e morte), isentando os organizadores, colaboradores e patrocinadores DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE por quaisquer danos materiais, morais ou físicos, que porventura venha a sofrer, advindos da participação nesta PROVA/EVENTO.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Atleta: \_\_\_\_\_

Nome do Atleta: \_\_\_\_\_

Documento de Identidade: \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável (se menor de 18 anos) \_\_\_\_\_

Documento de Identidade: \_\_\_\_\_

## ANAMNESE

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( )

Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Fones: Residencial \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_

Urgência Ligar para: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

SEGURO SAÚDE: Sim ( ) Não ( ). Qual \_\_\_\_\_

Fone Contato: \_\_\_\_\_ Possui Resgate Aéreo Médico Sim ( ) Não ( )

1 - Faz uso de medicamentos atualmente? Especifique: \_\_\_\_\_

2 - Você é alérgico (a) algum tipo de medicamento? Qual: \_\_\_\_\_

3 - Relate quaisquer outras alergias que você tenha (comida, rinite alérgica, pólen, poeira, picadas de insetos.): \_\_\_\_\_

4 - Você fez tratamento com acompanhamento médico contra alguma doença nos últimos três anos? Quais? \_\_\_\_\_

5 - Você tem tido alguns dos seguintes sintomas ou foi diagnosticado com (assinale):

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Falta de ar;                  | <input type="checkbox"/> Taquicardia;      | <input type="checkbox"/> Sangue nas fezes;                  |
| <input type="checkbox"/> Náusea/Vômitos;               | <input type="checkbox"/> Dores de Cabeça;  | <input type="checkbox"/> Sangue na urina;                   |
| <input type="checkbox"/> Tonturas;                     | <input type="checkbox"/> Visão turva;      | <input type="checkbox"/> Tuberculose;                       |
| <input type="checkbox"/> Pressão Alta;                 | <input type="checkbox"/> Pressão Baixa;    | <input type="checkbox"/> Dormência dos braços e das pernas. |
| <input type="checkbox"/> Palpitações;                  | <input type="checkbox"/> Perda de audição; | <input type="checkbox"/> Dor no peito;                      |
| <input type="checkbox"/> Hepatite; De qual tipo _____. |  |   |

6 - Você sofreu alguma cirurgia recentemente? Especifique: \_\_\_\_\_

7 - Qual é o seu tipo sanguíneo e fator RH? Tipo \_\_\_\_\_ Fator RH \_\_\_\_\_

8 - Se você for do sexo feminino, existe alguma chance de você estar grávida? \_\_\_\_\_

9 - Existe alguma outra informação pertinente à sua saúde que nós deveríamos saber

Sim  Não

Declaro que as informações que prestei são verdadeiras e assumo a responsabilidade por sua exatidão.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do atleta (ou maior responsável)