



Declaro, sob juramento, que não sofro de desordens físicas adquiridas ou congênicas ou lesões que possam causar perturbações à minha saúde ou condição de vida como resultado de minha participação nessa competição.

I declare under oath that I not suffer acquired or congenital physical disorders, or injuries that may cause disturbances in my health or living conditions as a result of participate in this competition.

Declaro ainda que estou em ótima condição física para dela participar, assim como de assumir todos os riscos associados à minha participação nessa competição (quedas, contato com os outros participantes, efeitos climáticos, trânsito, condições da estrada, e/ou qualquer outro risco que possa surgir).

I further declare that I am in optimum physical condition to participate in it, as well as assume all risks associated with participation in this competition (falls, contacts with other participants, effects of weather, traffic, road conditions and / or any other risk that might arise).

Acrescento, reconheço e concordo voluntariamente que a Roma Comunicação, as cidades sede, e qualquer patrocinador envolvido, não sejam responsabilizados nem se sintam responsáveis por qualquer custo, danos reclamados, reivindicações e/ou ferimento, incluindo, mas não limitando a danos acidentais, danos de propriedade, físicos, mentais ou morais imputados a mim no transcorrer da competição em que irei participar.

Volume knowledge and agree voluntarily that Roma Comunicação, the city's hosting, and any sponsors involved, do not take responsible nor liable for any damages, claims, costs, damages claimed and/or injury, including but not limited to accidental damage, property damage, physical, mental or moral person brought to my cause at the time of the competition I will participate.

Tendo lido esta declaração e sabendo destes fatos, libero a Roma Comunicação, as cidades sede e demais patrocinadores envolvidos, de toda e qualquer reivindicação ou responsabilidade decorrentes de minha participação neste evento.

Having read this statement and knowing these facts, I release that Roma Comunicação, the city's hosting, and sponsors involved in any and all claims or liability of any kind arising from my participation in this event.

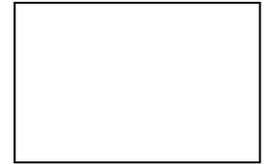
Autorizo aos organizadores da competição e seus patrocinadores a usar, reproduzir, distribuir e/ou publicar fotos, filmes, gravações e/ou quaisquer outros meios de registro de minha participação nesta competição, sem exigir qualquer compensação financeira como participante desta competição.

I authorize to the competition's organizers and sponsors to use, reproduce, distribute and/or publish photographs, films, recordings and/or any other means of recording myself and taken to mark the occasion of this competition without financial compensation for the participant of this competition.

Data / **Date**

Assinatura do Atleta
Rider signature

Documento de Identidade
Passport Number



ANAMNESE

Nome/Name: _____ Sexo/Gender: M () F ()
Data
Nascimento/DOB: __/__/____ Idade/Age: ____ RG _____ CPF _____ Passaporte/Passport _____
Endereço/Address: _____ Cidade/City _____ UF/State _____ CEP/Zip Code _____

Fones/Phones:
Residencial/Home _____ Celular/Mobile _____
Contato Emergência/Emergency Contact: _____ Fone/Phone: _____

Seguro Saúde/Health Insurance: Sim/Yes () Não/No (). Nome/Name _____
Fone Contato/Phone Contact: _____ Resgate Aéreo/Medical Air Rescue: Sim/Yes () Não/No ()

1 – Faz uso de medicamentos atualmente?/Are you using medicines actually? Qual?/Which one?: _____

2 - Você é alérgico (a) algum tipo de medicamento?/Are you allergic to any medicines? Qual?/Which one? _____

3 - Relate quaisquer outras alergias que você tenha (comida, rinite alérgica, pólen, poeira, picadas de insetos.)/Tell us any kind of allergies (food allergy, respiratory allergy, pollen allergy, insect bite allergy):

4 - Você fez tratamento com acompanhamento médico contra alguma doença nos últimos três anos?/Have you had any medical treatment for any illness in the last 3 years? Quais?/Which one? _____

5 - Você tem tido alguns dos seguintes sintomas ou foi diagnosticado com (assinale)/Have you been or have you been diagnosed with the following symptoms and/or illness (point out):

- () Falta de ar/shortness of breath () Taquicardia/Tachycardia () Sangue nas fezes/Hemoccult
() Náusea/Vômitos/Nausea/Vomiting () Dores de Cabeça/Head Ache () Sangue na urina/Bloody urine
() Tonturas/Dizziness () Visão turva/Blindness () Tuberculose/Tuberculosis
() Pressão Alta/High Blood Pressure () Pressão Baixa/Low Blood Pressure () Dormência dos braços e das pernas.
() Palpitações/Thrill () Perda de audição/Loss of Hearing () Dor no peito/Chest Pain
() Hepatite/Hepatitis; De qual tipo/What Kind of: _____.

6 - Você sofreu alguma cirurgia recentemente?/Have you had any recent surgery? Especifique/Which one? _____

7 - Qual é o seu tipo sanguíneo e fator RH? Blood Type. Tipo/Type _____ Fator RH/RH Factor _____

8 – Se você for do sexo feminino, existe alguma chance de você estar grávida? Some possibility of being pregnant if you are a woman? _____

9 - Existe alguma outra informação pertinente à sua saúde que nós deveríamos saber? Is there any other information about your health that we should know about?

() Sim/Yes () Não/No

Declaro que as informações que prestei são verdadeiras e assumo a responsabilidade por sua exatidão.
I declare that the information provided is true and I assume responsibility for its accuracy

Assinatura do atleta (ou maior responsável)
Rider signature (or legal responsible)