



ATESTADO MÉDICO - TRUN SERRA DA CAPIVARA 2026

Eu, _____, médico (a) abaixo-assinado, atesto que os exames do(a) atleta _____, documento de identidade _____, nascido(a) em _____, não apresentam contra indicação para participação em competições de corrida, modalidade individual, com percurso de entre 40 e 56km (Long Trail).

Atestado médico emitido em (local): _____.

Data: _____.

Assinatura: _____.

Carimbo registro profissional

Dados complementares:

Grupo sanguíneo (fator RH): _____.

Alergia: _____.

Telefone: _____.

Plano de saúde: _____.

Número da carteira: _____.

