



## 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.caririextremo.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 Aéromédico 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): ( )

Falta de ar; ( ) Taquicardia; ( ) Sangue nas fezes; ( ) Náusea/Vômitos; ( ) Dores de Cabeça; ( ) Sangue na urina; ( ) Tonturas; ( ) Visão turva; ( ) Tuberculose; ( ) Pressão Alta; ( ) Pressão Baixa; ( ) Dormência dos braços e das pernas. ( ) Palpitações; ( ) Perda de audição; ( ) Dor no peito; ( ) 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)