



# **CERTIFICADO MÉDICO**

## **21K NORONHA 2026**

Eu, \_\_\_\_\_, médico(a) abaixo-assinado, atesto que os exames do(a) atleta \_\_\_\_\_, documento de identidade \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_\_, não apresentaram contraindicação para participação em competições de corrida, modalidade individual, com percurso de \_\_\_\_\_ km.

Atestado médico emitido em (local):\_\_\_\_\_

Data:\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Carimbo registro profissional

### **DADOS COMPLEMENTARES:**

Grupo sanguíneo (fator RH):\_\_\_\_\_

Alergia:\_\_\_\_\_

Em caso de emergência contactar:\_\_\_\_\_

Telefone:\_\_\_\_\_

Plano de Saúde:\_\_\_\_\_

Número da carteira:\_\_\_\_\_