



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: _____