TERMO DE RESPONSABILIDADE / MÉDICO

Eu, (nome completo) _____, documento CPF ou RG N° _____ por si, aqui designado "PARTICIPANTE", a estar no evento MILHAS TRAIL RUN – 1ª ETAPA – QUATRO BARRAS/PR, que será realizado no dia 29 de Julho de 2018, declaro e garanto que:

A) Aceito totalmente o Regulamento da prova MILHAS TRAIL RUN – 1ª ETAPA – QUATRO BARRAS/PR. Declaro ter plena capacidade física e psíquica para aceitar e compreender o disposto neste presente documento;

B) Declaro estar física e psicologicamente apto para participar da prova MILHAS TRAIL RUN – 1ª ETAPA – QUATRO BARRAS/PR. Admito gozar de boa saúde e afirmo estar ciente que não existe nenhuma recomendação médica que me impeça de participar do evento citado. Estou ciente da importância em realizar um controle médico prévio à corrida. Assim como declaro estar liberado pelo meu médico para participar e ter treinado apropriadamente para a prova;

C) Declaro ciência da obrigatoriedade da apresentação deste Termo de Responsabilidade / Médico em seu formato original, impresso e assinado, juntamente com fotocópia de meu RG ou CPF para arquivo da Organização e original para conferência momentânea, MILHAS TRAIL RUN – 1ª ETAPA – QUATRO BARRAS/PR, para que possa retirar, ou a quem designar, meu Kit Atleta em local e data estipulados pela organizadora do evento. Sei também que a falta de qualquer um dos itens citados anteriormente será motivo de cancelamento da minha inscrição e também da possibilidade de retirada do meu Kit Atleta;

D) Assumo, por livre e espontânea vontade, todos os riscos envolvidos e suas consequências pela participação na corrida MILHAS TRAIL RUN – 1ª ETAPA – QUATRO BARRAS/PR (que incluem possibilidade de invalidez e morte), isentando a organizadora KRPacheco Gestão Ambiental, Turismo e Eventos Ltda. (Naventura Outdoor Experiences), seus colaboradores, apoiadores, patrocinadores, proprietários das áreas onde acontecerá o evento e órgãos públicos envolvidos de TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE por quaisquer danos materiais, morais ou físicos, que porventura venha a sofrer, advindos da minha participação nesta corrida. Tenho ciência das dificuldades para realizar operações de resgate em algumas áreas do percurso. Estou ciente que em certos locais não é possível acessar com veículos, ficando assim o atendimento imediato comprometido e limitado. Entendo que por razões de segurança, a Organização priorizará a atenção e evacuação das emergências e urgências médicas, se considerando como tais àqueles casos que possam evoluir em risco de morte, podendo então demandar mais tempo a atenção de atendimentos considerados pela Organização como não prioritários. Declaro estar ciente que o atendimento medico propriamente dito, tanto de emergência quanto de continuidade no tratamento será efetuado na Rede Pública e sob responsabilidade desta. Eu ou meu acompanhante seremos responsáveis por decidirmos por outro sistema de atendimento, e se assim optarmos, isentamos a Organização de qualquer responsabilidade por essa remoção/transferência e sequência neste atendimento;

E) Sei que o percurso poderá sofrer alterações de última hora, tenho ciência também que a Organização poderá determinar a suspensão, adiamento ou cancelamento da corrida sem aviso prévio por questões ambientais, de segurança pública, vandalismo e/ou outros motivos de força maior. Por nenhum destes motivos citados terei direito a qualquer tipo de créditos e/ou devolução de valores, isentando a Organizadora e demais envolvidos na Organização de qualquer ônus;

F) Declaro pleno conhecimento do percurso e consciência das especificidades da prova. Comprometo-

me a respeitar as regras da competição, assim como as normas de circulação e as instruções da equipe Organizadora, principalmente da equipe de Segurança. Sei que os equipamentos para minha participação são todos de minha responsabilidade. Sei também que poderei ser punido por assuntos especificados no Regulamento e/ou por atuação da Direção de Prova. Declaro ciência dos tempos limites para completar o percurso, assim como os tempos de corte e comprometo-me a abandonar a prova se solicitado pela Organização se esta avaliar que não tenho condições de completer o percurso, não expondo assim minha integridade física. Estou ciente que em caso de descumprimento meu de qualquer orientação da Organização em sair/abandonar a prova, serei responsável pela minha pessoa no percurso pois este poderá não estar mais sinalizado, sem a presença de Staffs e nem da equipe de segurança. Não deixarei nenhum material nos setores de apoio/hidratação ao atleta no percurso, com staffs e/ou equipe de segurança. Admito ter ciência que a Organização não se responsabiliza por objetos deixados fora do guarda-volumes disponibilizado na base do evento;

G) Assumo que todos os eventuais custos referentes a preparação, inscrição, locomoção, hospedagens, alimentação, entre outros gastos despendidos pelo atleta serão suportados única e exclusivamente por mim mesmo, isentando a Organização de qualquer ressarcimento de algum destes custos;

H) Autorizo de forma gratuita o uso de minhas imagens e sons pela Organização ou para quem esta repassar, para fins de publicidade, marketing e/ou afins.

Estando compreendidas e analisadas as condições para participação assino o presente instrumento.

Local/data: _____ Assinatura: _____

Para Menor de 18 anos:

Nome completo do Responsável: _____

Documento CPF ou RG Nº _____ Assinatura: _____

NÃO ESQUEÇA DE ANEXAR A FOTOCÓPIA DO SEU DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

AUTORIZAÇÃO DE RETIRADA POR TERCEIROS

Autorizo o(a) Sr.(a) _____, portador(a) do documento tipo: _____, número: _____, a retirar meu Kit Atleta da prova MILHAS TRAIL RUN – 1ª ETAPA – QUATRO BARRAS/PR, sendo de minha TOTAL responsabilidade o cuidado do mesmo após a retirada pelo autorizado.

TERMO MÉDICO

Eu (nome completo), _____,
RG: _____, CPF: _____, Data de Nascimento: _____/_____/_____,
Grupo Sanguíneo e Fator RH:_____, inscrito como participante da MILHAS TRAIL RUN – 1ª ETAPA – QUATRO BARRAS/PR, na distância de _____ kms, que será realizado no dia 29 de Julho de 2018, informo e atesto os seguintes dados:

1 - Você tem algum problema de saúde? Qual? _____

2 - Você está em tratamento médico? Qual? _____

3 - Você é alérgico a algum tipo de medicamento? Qual? _____

4 - Voce tem ou já teve recentemente (últimos três meses)alguns destes problemas de saúde? ( )Hepatite – Tipo _____; ( )Anemia; ( )Problemas cardíacos; ( )Hipertensão; ( )Febre Reumática; ( )Sífilis; ( )Alergias; ( )Hipertireoidismo; ( )Tuberculose; ( )Desmaios; ( )HIV; ( )Labirintite;

5 - Você já foi submetido a alguma cirurgia? Qual? _____

6 - Você realizou algum teste de esforço recente? _____ Alguma patologia? _____

7 - Se você é do sexo feminino, existe alguma chance de estar grávida? ( )Sim; ( )Não;

8 - Possui Convenio Médico ou Seguro de Saúde? _____ Qual: _____

9 - Existe alguma outra informação pertinente à sua saúde que devemos saber? _____
_____

Em caso de Emergência contatar: _____,
Telefone 1: ( ) _____ / Telefone 2: ( ) _____,

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e assumo a responsabilidade por sua exatidão.

Local/data: _____ Assinatura: _____

Para Menor de 18 anos:

Nome completo do Responsável: _____

Documento CPF ou RG Nº _____ Assinatura: _____