

# TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM TRAVESSIA EM ÁGUAS ABERTAS

**Nome do Evento:** Travessia Facil

**Data:** 20/09/2026

**Local:** \_\_\_\_\_

## DADOS DO PARTICIPANTE (MENOR DE IDADE)

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Documento (RG/CPF): \_\_\_\_\_

## DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

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

E-mail: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO E RESPONSABILIDADE

1. Autorizo sua participação na travessia em águas abertas acima mencionada.
2. Declaro que o(a) participante está em boas condições de saúde, apto(a) para a prática de atividade física.
3. Estou ciente dos riscos: afogamento, exaustão física, condições climáticas adversas, correntes marítimas e contato com fauna aquática.
4. Declaro que o(a) participante possui habilidade mínima de natação.
5. Assumo responsabilidade por eventos relacionados à saúde durante ou após a atividade.
6. Autorizo atendimento médico em caso de emergência.
7. Isento a organização de responsabilidade, exceto em casos de negligência.
8. Comprometo-me a orientar o participante a seguir as regras de segurança.

## USO DE IMAGEM

( ) AUTORIZO ( ) NÃO AUTORIZO

## INFORMAÇÕES MÉDICAS

Possui condição médica? ( ) Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_

Faz uso de medicação? ( ) Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

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

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_