

ATESTADO MÉDICO PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Atesto, para os devidos fins, que o(a) paciente abaixo identificado(a) foi avaliado(a) clinicamente e encontra-se em condições adequadas de saúde para a prática de atividade física, especificamente para participação em travessia em águas abertas.

DADOS DO PACIENTE

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Documento (RG/CPF): _____

DADOS DO EVENTO

Nome do Evento: Travessia Facil

Data: 20/09/2026

DECLARAÇÃO

Declaro que o(a) paciente encontra-se apto(a), do ponto de vista clínico, para realizar atividade física de intensidade moderada a intensa, não apresentando, até a presente data, contraindicações médicas para participação na referida atividade.

Este atestado tem validade de _____ dias a partir da data de sua emissão.

DADOS DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Nome completo: _____

CRM: _____

Especialidade: _____

Telefone: _____

Local e data: _____

Assinatura e carimbo do médico: _____