



## **TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ no perfeito uso de minhas faculdades, DECLARO para os devidos fins de direito que:

1. Estou ciente de que o EVENTO se trata de um desafio de Mountain Bike de longo percurso, esporte de risco e de grande esforço físico;
2. Sou responsável pelo meu estado físico, mental e equipamento pessoal utilizados durante o EVENTO, declarando, ainda, que não existe nenhuma recomendação médica que me impeça de praticar atividades físicas, especialmente de participar do Evento;
3. Li, conheço, aceito e me submeto integralmente a todos os termos do REGULAMENTO DO EVENTO **DESAFIO MTB SERTÃO – XCM – MARATHON BIKE – 2023**, disponível na página de internet no domínio <http://www.desafiomtbsertao.com.br/regulamento/>, atestando, expressamente, que todas as normas e regras nele constantes são pautadas pelo equilíbrio e bom senso, não podendo, assim, alegar futuramente não concordar com as mesmas.
4. Estou ciente das penalidades que posso sofrer caso descumpra o Regulamento do EVENTO ou cometa falta grave. Excluo meu direito de reclamação sobre tais aspectos em qualquer órgão civil ou militar e/ou Tribunal.
5. Compreendi e estou de acordo com todos os itens deste TERMO DE RESPONSABILIDADE, isentando assim quem quer que seja, de toda e qualquer responsabilidade legal de tudo o que vier a ocorrer comigo por consequência da minha participação no Evento.
6. Estou ciente que em hipótese alguma não poderei transferir meu KIT de inscrição para terceiro participar do desafio, estando ciente de que, em ocorrendo tal situação, serei responsabilizado na ocorrência de qualquer dano ou prejuízo causado pelo terceiro que fez uso de meu kit de inscrição.
7. Declaro ter ciência que menores de 18 (dezoito) anos só participarão do EVENTO com a autorização expressa de seu responsável legal, o qual responderá pelos atos, sejam eles intencionais ou por desconhecimento geral, assumindo total responsabilidade em caso de infração à legislação municipal, estadual ou federal, devendo, inclusive, acatar as decisões tomadas em regime de maioria pela equipe Organizadora do EVENTO.
8. Assumo, por minha livre e espontânea vontade, todos os riscos envolvidos e suas consequências pela participação no EVENTO (que incluem possibilidade de invalidez e morte), ISENTANDO os Organizadores, colaboradores e patrocinadores de TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE por quaisquer danos materiais, morais ou físicos, que porventura venha a sofrer, advindos da participação no **EVENTO DESAFIO MTB SERTÃO – XCM – MARATHON BIKE**.
9. Estou ciente que o atendimento médico e/ou de primeiros socorros depende das condições do local onde eu me encontrar, não podendo, assim, responsabilizar os Organizadores do Evento por qualquer imprevisto.
10. Independentemente das regras estabelecidas e divulgadas pelos Organizadores do EVENTO, todo PARTICIPANTE se compromete a respeitar os dirigentes de prova, os demais participantes bem como todos os expectadores, devendo agir diante dos mesmos com boa conduta e urbanidade.
11. Autorizo o uso de minha imagem, para fins de divulgação do evento, por fotos, vídeos e entrevistas em qualquer meio de comunicação, sem geração de ônus para a Federação Paranaense de Ciclismo, Organizadores do EVENTO, Mídia, Patrocinadores e Apoiadores.
12. Autorizo o recebimento de mala direta enviadas pelos organizadores e/ou patrocinadores do evento.
13. Declaro a veracidade de todas as informações abaixo informadas:

Assinatura do Atleta: \_\_\_\_\_

Nome do Atleta: \_\_\_\_\_

Documento de Identidade: \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável (se menor de 18 anos) \_\_\_\_\_

Documento de Identidade: \_\_\_\_\_

### **Dados Médicos**

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( )

Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Fones: Residencial \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Urgência Ligar para: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

SEGURO SAÚDE: Sim ( ) Não ( ). Qual \_\_\_\_\_

Fone Contato: \_\_\_\_\_ Possui Resgate Aéreo Médico Sim ( ) Não ( )

1 – Faz uso de medicamentos atualmente? Especifique: \_\_\_\_\_

2 - Você é alérgico (a) algum tipo de medicamento? Qual: \_\_\_\_\_

3 - Relate quaisquer outras alergias que você tenha (comida, rinite alérgica, pólen, poeira, picadas de insetos.): \_\_\_\_\_

4 - Você fez tratamento com acompanhamento médico contra alguma doença nos últimos três anos? Quais? \_\_\_\_\_

5 - Você tem tido alguns dos seguintes sintomas ou foi diagnosticado com (assinale):

( ) Falta de ar; ( ) Taquicardia; ( ) Sangue nas fezes; ( ) Náusea/Vômitos; ( ) Dores de Cabeça; ( ) Sangue na urina; ( ) Tonturas; ( ) Visão turva; ( ) Tuberculose; ( ) Pressão Alta; ( ) Pressão Baixa; ( ) Dormência dos braços e das pernas; ( ) Palpitações; ( ) Perda de audição; ( ) Dor no peito;

( ) Hepatite; De qual tipo \_\_\_\_\_

6 - Você sofreu alguma cirurgia recentemente? Especifique: \_\_\_\_\_

7 - Qual é o seu tipo sanguíneo e fator RH? Tipo \_\_\_\_\_ Fator RH \_\_\_\_\_

8 – Se você for do sexo feminino, existe alguma chance de você estar grávida? \_\_\_\_\_

9 - Existe alguma outra informação pertinente à sua saúde que nós deveríamos saber?

\_\_\_\_\_  
*Declaro que as informações que prestei são verdadeiras e assumo a responsabilidade por sua exatidão.*

\_\_\_\_\_  
Assinatura do atleta (ou maior responsável)

\*Esse TERMO deve ser Preenchido, Assinado e Entregue aos organizadores na retirada do KIT ATLETA.