



TERMO DE RESPONSABILIDADE E FICHA MÉDICA

NOME											
R.G.						C.P.F.					
DATA DE NASCIMENTO						ESTADO CIVIL					
ENDERECO											
BAIRRO				CIDADE				ESTADO			
TELEFONE CELULAR						TELEFONE RESIDENCIAL					
E-MAIL											
EQUIPE						CATEGORIA					

FICHA INFORMATIVA QUANTO À SAÚDE

- Toma algum medicamento? Sim Não - Se, sim, qual? _____ Em que qtd? _____
- Tem algum tipo de alergia? Sim Não - Se, sim, a quê? _____ Traz consigo o medicamento que utiliza, quando necessário? _____
- Você é portador de asma hipertensão hipoglicemia diabetes outra: _____?
- Você já teve alguma doença grave? Sim Não - Se, sim, qual? _____ Quando? _____
- Você já se submeteu a alguma cirurgia? Sim Não - Se, sim, qual? _____ Quando? _____
- Qual seu tipo de sangue? _____ RH: _____
- Em caso de necessitar de um hospital, qual indica? _____
- Possui plano de saúde? Sim Não - Se, sim, qual? _____
- Possui um médico específico? Sim Não - Nome: _____ Fone: () _____
- Cite duas pessoas com endereço e telefone para contato, se necessário:
 Nome: _____ Fone: () _____
 Endereço: _____
 Nome: _____ Fone: () _____

A NORTHBRASIL e seus parceiros estarão prestando pronto-atendimento para pequenas lesões que vierem a ocorrer com os participantes neste evento. O participante declara dizer a verdade no preenchimento da ficha informativa e estar em condições físicas adequadas à prática esportiva. Em caso de ocorrerem lesões mais graves, a NORTHBRASIL faz a devida triagem baseada nos dados supra-fornecidos, responsabilizando-se apenas por danos causados em virtude de negligência, imperícia e imprudência advindas da organização do evento, nos termos do Código Civil e Código de Defesa do Consumidor vigentes.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Inscrito em eventos da NORTHBRASIL e como tal entendo e concordo que:

- Estando ciente do risco envolvido nas atividades praticadas e de acidentes significativos que, eventualmente, possam ocorrer durante os eventos da NORTHBRASIL; apesar de regras específicas, equipamentos e regulamentos poderem reduzir os perigos inerentes à atividade, o risco de danos físicos e materiais existe; e declaro assumir a responsabilidade pela minha participação na prova e pelos eventuais riscos supra-citados, de livre e espontânea vontade, isentando integralmente a organização do evento, bem como seus colaboradores, apoiadores e proprietários dos locais das provas de toda e qualquer responsabilidade legal, por quaisquer danos sofridos, com exceção dos riscos originados por negligência da organização.
- Sou responsável pelo meu estado físico e mental, pelo meu equipamento pessoal utilizado durante esta prova, e pela minha interação na equipe.
- Declaro estar em boas condições de saúde para cumprir o trajeto da prova, portanto, em condições de manter minha integridade física e mental, podendo avaliar, no entanto, se convém continuar a participação na prova, se houver uma eventual intercorrência.
- Declaro ser maior de idade* (acima de 18 anos), responsável pelos meus atos, assumindo total responsabilidade caso infrinja legislação municipal, estadual ou federal, cabendo a cada um da equipe colaborar para uma efetiva integração do grupo, evitando ilícitos, ficando claro que cada um responde por si, em âmbito judicial.
- Declaro estar ciente integralmente de todas as cláusulas estipuladas no Regulamento do evento da NORTHBRASIL.
- Declaro ter tido treinamento para: Orientação Trekking Código de Trânsito Fauna e Flora
- Autorizo o uso de minhas fotos e ou imagem para eventuais publicações em geral e para fins de promoção, em qualquer veículo e por tempo indeterminado, conforme o regulamento que rege a competição.

Após ter lido este termo de responsabilidade e tendo compreendido suas cláusulas, manifesto minha concordância, preservando meus direitos individuais indisponíveis, através de sua assinatura, a qual faço livre e voluntariamente, na presença de duas testemunhas.

* Em caso de menor de idade, anexar Ficha de Autorização devidamente assinada pelos pais ou responsável pelo menor.

Assinatura do(a) participante
ou responsável legal

Assinatura da testemunha
Nome:
R.G.

Assinatura da testemunha
Nome:
R.G.