

2 - Termo de Isenção de Responsabilidade Médica

Equipe Médica - Brazil 135

Eu

Portador do RG nº: e do CPF nº:

- 1- Declaro estar em boa forma física, e treinado apropriadamente para esta Prova;
- 2- Atesto que estou apto a participar deste Evento, sou maior de idade, responsável por meus atos;
- 3- Declaro que disputo este Evento de livre e espontânea vontade e que isento de quaisquer responsabilidades os Organizadores e toda Equipe Médica, e demais envolvidos na realização do Evento;
- 4- Autorizo por meio desta, o atendimento médico da Equipe Médica Oficial da Prova;
- 5- Entendo também que todo material e equipamento necessário para o meu desenvolvimento nesta prova são de minha responsabilidade;
- 6- Comprometo-me a seguir atentamente as orientações dos organizadores e da equipe médica, aumentando assim a minha segurança durante todo o Evento;
- 7- Estou ciente que há riscos de acidentes graves durante esta competição. Declaro assumir por minha livre e espontânea vontade todos os riscos envolvidos e suas conseqüências - que incluem a possibilidade de traumas, invalidez, desaparecimento e até morte. Os riscos de acidentes nas atividades envolvidas nesta competição são significativos e envolvem possibilidade de deslocamentos, atropelamentos, luxações, traumas, fraturas, queimaduras, mordidas, picadas de animais, de insetos, contato com plantas venenosas, acidentes, risco de possível paralisia permanente e morte. Apesar das regras específicas, da Equipe Médica, de equipamentos e da disciplina poderem reduzir os perigos inerentes, o risco de sérios danos existe;
- 8- Declaro também, estar ciente das seguintes regras:

a- Que para participar da Prova, sou possuidor de uma declaração médica (atestado médico) liberando o atleta para a competição (esporte de nível competitivo). A organização poderá requisitar, a qualquer momento, a apresentação deste Atestado Médico, sob pena de desclassificação, caso o documento não seja apresentado. Em caso algum acidente ocorra em decorrência de algum fator médico pré-existente, que poderia ter sido detectado através deste Atestado Médico, isento de toda e qualquer responsabilidade a equipe médica oficial da BR 135 Ultramarathon, bem como seus integrantes e descendentes, direta ou indiretamente. Considerar-se-á Atestado Médico o documento expedido em papel timbrado, carimbado e assinado por profissional médico da rede pública ou privada, de qualquer especialidade, registrado em Conselho Regional de Medicina (CRM) do seu Estado/País, constando também o nome do candidato, além da identificação legível do emitente e o número de inscrição do CRM.

b- A Organização da Prova oferecerá atendimento médico somente nos pontos indicados neste Termo, atendendo a acidentes leves, ou seja, aqueles em que não seja necessário o atendimento e/ou internação hospitalar.

Os pontos indicados são: (serão apresentados no Pre-Race Meeting)

c- A Organização disponibilizará, uma Equipe Médica para pronto-socorrismo, com o objetivo de atender às primeiras necessidades e encaminhar aos hospitais quando preciso. Esta equipe cuidará apenas dos casos mais “brandos”, sendo de responsabilidade do participante encaminhar-se aos hospitais e/ou postos médicos, quando solicitado. A partir deste primeiro atendimento, o participante deverá arcar com todas as outras despesas médicas.

d- Qualquer atleta ou integrante da equipe inscrita que, no decorrer da Prova, necessite de cuidados médicos em hospital, será transportado até o mais próximo caso seja possível. A partir do ingresso de qualquer acidentado no hospital, a equipe médica da organização se exime de qualquer responsabilidade pelo que venha ocorrer. Em virtude da política brasileira de saúde, deverá ser pago, pelo próprio acidentado ou por outro integrante da equipe inscrita, os custos do hospital antes da data da alta do paciente.

e- O número do atleta que receber atendimento será anotado pelo serviço médico, o qual informará a direção da Prova o motivo do atendimento. Uma vez atendido deverá voltar na mesma posição e sentido do momento que se afastou.

f- A Equipe Médica terá autoridade para retirar da competição todo atleta que não esteja mais apto a participar ou que tenha recebido cuidados médicos vitais.

g- A Equipe Médica reserva o direito de decidir se um integrante da equipe inscrita poderá continuar a participar da Prova depois de seu atendimento. Caso a Equipe Médica decida que tal integrante não deverá continuar a participar por risco a sua integridade física e mental, a Equipe Médica deverá convocar o organizador e declarar sua decisão justificando-a tecnicamente.

h- A Equipe Médica da Prova não se responsabilizará, de nenhuma forma, por qualquer atendimento médico e/ou de resgate, efetuado a algum atleta, por pessoal que não seja ou faça parte da Equipe Médica Oficial do Evento BR 135.

i- Qualquer integrante da equipe inscrita que se envolva em acidente, que tenha sofrido lesões, ataques ou qualquer outra situação que ameace sua integridade física e mental, deve, obrigatoriamente, apresentar-se à equipe de pronto-socorristas e relatar fidedignamente o que lhe aconteceu.

j- O resgate, quando necessário, dar-se-á caso haja condições favoráveis e que permitam tal operação sem riscos ao atleta e à Equipe de Médica de Resgate. Portanto, declaro estar ciente de que, independente de sua gravidade ou urgência, o resgate somente ocorrerá quando for possível, se for possível e se para o eventual socorro não houver ou resultar risco ao atleta e à equipe de resgate.

9- Eu, reconheço e assumo livremente todos os riscos, conhecidos ou não, e assumo total responsabilidade pela minha participação.

10- Eu, por mim mesmo, meus herdeiros, representantes legais e parentes próximos, isento e desobrigo a Organização da BR 135, toda a Equipe Médica, seus colaboradores sob qualquer vínculo, agentes ou empregados, de qualquer responsabilidade legal, com respeito a qualquer e todo dano, invalidez ou morte, que eu possa vir a sofrer.

11- Em caso de acidentes, mesmo que causados por falhas ou negligência dos Organizadores, Eu e minha família isentamos a Organização e toda a Equipe Médica, de toda e qualquer responsabilidade legal, por quaisquer danos materiais ou físicos que decorram dos mesmos.

12- Declaro de livre espontânea vontade ter compreendido e estar ciente de todo o teor do Regulamento da Prova, de todo teor deste Termo de Inscrição, bem como de meus direitos e obrigações dentro do evento, tendo tomado pleno conhecimento das normas e regulamentações da prova e acato todas as decisões da Organização, comprometendo-me a não recorrer a nenhum órgão ou tribunal, no que diz respeito a qualquer punição a mim imputada pela Organização. Isento 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.

13- Eu entendo que estou desistindo de direitos substanciais através de minha assinatura, a qual faço livre e voluntariamente, sem qualquer coerção, na presença de duas testemunhas instrumentárias.

São João da Boa Vista / Brasil

Data: __/__/____

Assinatura do Atleta :

Testemunha 1:

Nome:

Assinatura: RG nº:.....

Testemunha 2:

Nome:

Assinatura: RG nº:.....