



FORMULÁRIO MÉDICO – BRASIL OPEN - TEMPORADA 2025

I. O JOGADOR QUE ESTÁ SENDO EXAMINADO IRÁ JOGAR EM CONDIÇÕES CONSIDERADAS ESTRESSANTES COMO SOL, CHUVA, CALOR, HUMIDADE E ESTARÁ SUJEITO A ESFORÇOS FÍSICOS QUE PODEM DURAR APROXIMADAMENTE 3 HORAS, COM DIFERENTES PICOS DE ALTA INTENSIDADE.

II. UMA CÓPIA ELETRÔNICA DESTES FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENTREGUE POR E-MAIL À FEDERAÇÃO DE VOLEIBOL MASTER DO RIO DE JANEIRO (FVMR) ATÉ O PRAZO DE 48 HORAS ANTES DO PRIMEIRO JOGO EM QUE O (A) ATLETA IRÁ PARTICIPAR. A CÓPIA ORIGINAL DEVERÁ SER ENTREGUE AO DELEGADO DA FVMR NO LOCAL DA COMPETIÇÃO ATÉ 30 MINUTOS ANTES DO INÍCIO DO PRIMEIRO JOGO DO (A) ATLETA EM QUESTÃO NA COMPETIÇÃO EM QUE ESTIVER INSCRITO.

III. O PRESENTE EXAME É VÁLIDO PARA TODAS AS COMPETIÇÕES DAS MODALIDADES VOLEIBOL DE QUADRA E VÔLEI DE PRAIA ORGANIZADAS PELA FEDERAÇÃO DE VOLEIBOL MASTER DO RIO DE JANEIRO NO ANO DE 2025, CONSIDERANDO-SE O PRAZO DE VALIDADE DE EXAMES DESTA NATUREZA, CONFORME ESTABELECIDO PELO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA 2023.

OS CAMPOS ABAIXO DEVERÃO SER PREENCHIDOS PELO ATLETA QUE SERÁ SUBMETIDO AO EXAME

NOME COMPLETO: _____
APELIDO: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / _____
FUNÇÃO: () ATLETA () TÉCNICO
MODALIDADE: () VOLEIBOL DE QUADRA () VÔLEI DE PRAIA
NOME DA(S) EQUIPE(S) QUE FAZ PARTE: _____
NAIPE: () MASCULINO () FEMININO
CATEGORIA: () 30+ () 35+ () 40+ () 45+ () 50+ () 55+ () 59+ () 63+ () 67+

EU, COMO PARTICIPANTE DAS COMPETIÇÕES ORGANIZADAS PELA FEDERAÇÃO DE VOLEIBOL MASTER DO RIO DE JANEIRO (FVMR), RECONHEÇO E CONCORDO COM OS SEGUINTE TERMOS:

- TENHO CONHECIMENTO DAS EXIGÊNCIAS PARA MINHA PARTICIPAÇÃO DESCRITAS NOS REGULAMENTOS OFICIAIS DAS SUPRACITADAS COMPETIÇÕES PUBLICADOS NO SITE DA FVMR;
- CONFORME MINHA ASSINATURA NESTE ATESTADO, ISENTO A FVMR DE QUALQUER RESPONSABILIDADE REFERENTE A PROBLEMAS DE SAÚDE QUE POSSAM OCORRER COMIGO DURANTE MINHA PARTICIPAÇÃO EM TODAS AS COMPETIÇÕES DAS MODALIDADES VOLEIBOL DE QUADRA & VÔLEI DE PRAIA ORGANIZADAS PELA FEDERAÇÃO DE VOLEIBOL MASTER DO RIO DE JANEIRO NO ANO DE 2022.
- EU LI, COMPREENDI E CONCORDO COM TODAS AS INFORMAÇÕES DISPOSTAS NESTE FORMULÁRIO.

ASSINATURA DO (A) ATLETA SUBMETIDO(A) AO PRESENTE EXAME

OS CAMPOS ABAIXO DEVERÃO SER PREENCHIDOS PELO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO EXAME

VENHO POR MEIO DESTES ATESTAR QUE, SOB MEU CONHECIMENTO E APÓS EXAME MÉDICO PROFISSIONAL CONDUZIDO POR MIM, O PARTICIPANTE ACIMA MENCIONADO GOZA DE BOA SAÚDE E ESTÁ APTO A PARTICIPAR DE COMPETIÇÕES DAS MODALIDADES VOLEIBOL DE QUADRA & VÔLEI DE PRAIA DURANTE O PRAZO DE VALIDADE DE EXAMES DESTA NATUREZA, CONFORME ESTABELECIDO PELO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA.

NOME COMPLETO DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO EXAME (PREENCHIMENTO EM LETRA DE FORMA)

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO EXAME E CARIMBO COM CRM DO PROFISSIONAL

_____, ____ / ____ / 2025.

LOCAL E DATA DO EXAME