



## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu,..... sob identidade nº .....,  
RG nº ....., CPF nº ....., Data de nascimento: ..... / ..... / .....,  
inscrito(a) na 1ª Ultramaratona **140 km Desafio do Araguaia** (Aragarças, Baliza e Bom Jardim De Goiás) Ano 202  
nas modalidades **SOLO** ( ), **SOLO** com apoio , declaro que entendo e concordo que:

**1)** Estou ciente que há riscos de acidentes durante esta competição. Declaro assumir por minha livre e espontânea vontade os possíveis riscos decorrentes da realização dessa ultramaratona. Os riscos de acidentes nas atividades envolvidas nessa competição são significativos e envolve a possibilidade de luxações, fraturas, queimaduras, mordidas de animais, picadas de insetos e contato com plantas tóxicas; **2)** Eu atesto que, gozando de plena saúde física e mental, estou em condições para participar desta prova, sou maior de idade e respondo por meus atos; **3)** Em caso de acidente, eu e minha família isentamos os organizadores, seus colaboradores e patrocinadores, apoios e proprietários dos locais onde se dar a prova, de toda e qualquer responsabilidade legal por quaisquer danos materiais, financeiros ou físicos que decorram dos mesmos; **4)** Concordo que a organização pode adiar, cancelar ou modificar o evento ou parte dele a qualquer tempo e por qualquer motivo; **5)** Conheço e aceito integralmente todos os termos do regulamento da prova; **6)** Para fins de divulgação do evento, autorizo o uso de minha imagem por fotos, vídeos e entrevistas em qualquer meio de comunicação, sem geração de ônus para a organização, mídia e patrocinadores; )  
Como participante da prova, comprometo-me a respeitar a legislação vigente, seja ela municipal, estadual ou federal, bem como as regras da organização do evento, assumindo toda e qualquer consequência de meus atos no período de duração da prova e naqueles que a antecedem e a sucedem, como reuniões com os organizadores e/ou outros participantes e que possam se relacionar com atividades da prova; informo abaixo com veracidade, alguns dados pessoais os quais autorizo serem usados em caso de urgência.

Portador de alguma doença? ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_

Alérgico a algum medicamento? ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_

Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Fator Rh: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Qual o seu Plano de Saúde? \_\_\_\_\_

Pessoa para contato e telefone: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

Após ter lido este termo de responsabilidade e tendo compreendido seus termos, entendo que estou desistindo de direitos substanciais através de minha assinatura, a qual faço livre e voluntariamente, sem qualquer coerção.

Aragarças-GO, 1 de julho de 202 .

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Telefone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

EQUIPE: