**Ficha de Inscrição para Bolsa de Atletas do tratamento Pós Covid B-Active**

|  |
| --- |
| Nome: Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| CPF: Clique ou toque aqui para introduzir texto.RG: Clique ou toque aqui para introduzir texto.  |
| E-mail:Clique ou toque aqui para introduzir texto.Telefone para contato: Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| Data de Nascimento:Clique ou toque para introduzir uma data.Emissão da alta médica Covid 19: Clique ou toque para introduzir uma data. |
| Unidade: [ ] Brasília-DF [ ] Alto de Santana-SP [ ] Anália Franco-SP [ ] Chácara Flora-SP [ ] Higienópolis-SP [ ] Itaim Bibi-SP [ ] Jardim América-SP [ ] Moema Eucaliptos-SP [ ] Perdizes -SP [ ] São José dos Campos-SP |
| Ficou internado por complicações de Covid 19: [ ] Sim [ ] Não Quantos dias: Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| Modalidade esportiva que compete: Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| Possui atestado médico de afastamento das práticas esportivas: [ ] Sim [ ] Não Quantos dias: Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| Possui títulos esportivos: [ ] Sim [ ] Não Quantidade:Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| Quantidade de participação comprovada em competições esportivas nos últimos 04 anos: Clique ou toque aqui para introduzir texto. |

Ao realizar a minha inscrição declaro:

1. **Sobre a minha saúde:**
* Possuo a marcha preservada;
* Estou com minha capacidade respiratória preservada;
* Não possuo comprometimento neurológico;
* Não apresento lesões ortopédicas agudas;
1. **Em relação ao meu direito de imagem:**

·       Libero sem ônus e por tempo indeterminado o uso do meu nome completo, imagem e voz caso eu seja contemplado com a referida bolsa para que a B-Active utilize de forma comercial para divulgação de seus tratamentos, marca e unidades, por tempo indeterminado;

1. **Demais aspectos, essenciais e fundamentais para minha participação:**
* Declaro que possuo condições de chegar na unidade em que receberei o tratamento de forma autônoma, sem necessidade de custeio pela Rede B-Active;
* Declaro que possuo condições de fazer o tratamento completo de trinta sessões sem interrupções. E tenho ciência que uma vez iniciado o tratamento as sessões ocorrerão de duas a três vezes por semana;
* Declaro ter ciência que uma vez iniciado o tratamento, o mesmo se encerrará em noventa dias corridos, independentemente de eu ter ou não concluído as minhas sessões;

Declaro ainda que todas as informações prestadas neste formulário são verídicas e que tenho ciência que é parte integrante da inscrição o envio no mesmo e-mail dos seguintes documentos em anexo:

1. Cópia do meu RG e CPF;
2. Comprovante de residência;
3. Relatório médico atestando a alta Covid-19 datado e assinado por médico com o número do CRM do profissional visível;
4. Comprovante de inscrição e ou certificado de participação em pelo menos três competições esportivas nos últimos 04 anos emitido por entidades organizadoras de eventos esportivos;
5. Liberação sem ônus do uso do nome completo, imagem e voz para que a B-Active utilize de forma comercial para divulgação por tempo indeterminado;
6. Comprovantes dos títulos esportivos recebidos na carreira, com a classificação do Atleta;
7. Caso declare internação, deve anexar comprovação dela com a quantidade de dias da internação;
8. Caso declare atestado médico de afastamento das atividades esportivas em função da Covid- 19, deve anexar cópia do documento datado e assinado por médico com o número do CRM do profissional legível.

Data e local: Clique ou toque aqui para introduzir texto.

Ass: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome: Clique ou toque aqui para introduzir texto.

CPF: Clique ou toque aqui para introduzir texto.