



Federação Paranaense de Motociclismo

Fundada em 04/11/1982

CNPJ 76.659.572/0001-49

FILIADA A



ATESTADO MÉDICO

O piloto **NOME DO PILOTO**, portador do **CPF** _____ filiado à FEDERAÇÃO PARANAENSE DE MOTOCICLISMO foi atendido neste serviço, por mim **NOME DO MÉDICO**, onde foi realizada a avaliação funcional e cardiológica sendo que o mesmo não apresenta alterações clínicas, estando apto a prática de atividade desportiva de alto rendimento.

_____, ____ de _____ de 2017.

NOME COMPLETO E ASSINATURA DO MÉDICO

(CARIMBO DO MÉDICO)