



## TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, estado civil: \_\_\_\_\_,  
residente e domiciliado(a) no seguinte endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, na  
cidade de \_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_, portador(a) do RG de n.º  
\_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF n.º \_\_\_\_\_, atleta da  
equipe: \_\_\_\_\_, categoria: \_\_\_\_\_ declaro que:

1. Os dados pessoais que foram ou serão fornecidos para efetivar esta inscrição no evento são de minha total responsabilidade.
2. Participo do evento COPA SAÚDE CASSEMS FUTEBOL SOCIETY - 12ª edição - a ser realizada em 2019, por livre e espontânea vontade, isentando de qualquer responsabilidade os organizadores, os patrocinadores e os realizadores, em meu nome e de meus sucessores, especialmente no que concerne a eventuais acidentes, lesões e todo tipo de mal físico que possa decorrer das partidas de futebol em que estarei envolvido.
3. Informo que estou ciente da não obrigatoriedade de minha participação em qualquer dos jogos a ser realizado no referido campeonato, podendo a meu livre critério me ausentar em qualquer das partidas.
4. Fui informado(a) das vantagens de uma avaliação médica prévia para declaração de aptidão física para comportar as atividades físicas desportivas, bem como para uma vida saudável sob todos os aspectos como atleta.
5. No caso de me encaixar na exceção trazida pelo regulamento, aceito participar da Copa Cassems sem um laudo médico autorizador, e assumo total responsabilidade por essa minha decisão, isentando a Cassems e qualquer outro além de mim que possa ser alegado de qualquer reparação ou ônus decorrente de problemas de saúde.
6. Gozo de perfeito estado de saúde e participei de treinamento adequado, que me permite estar plenamente capacitado(a) para a participação neste evento.
7. Assumo ressarcir quaisquer valores decorrentes de danos pessoais ou materiais por mim causados durante a minha participação neste evento.
8. Concordo em ceder todos os direitos de utilização de minha imagem (inclusive direitos de arena), renunciando ao recebimento de quaisquer rendas que vierem a ser auferidas com materiais de divulgação, campanhas, informações, transmissões de TV, clipes, reapresentações, materiais jornalísticos, promoções comerciais, licenciamentos e fotos, em qualquer tempo, locais, meio ou mídia atualmente disponíveis ou que venham a ser implementados no mercado para este e outros eventos ou nas ações acima descritas realizadas pela organização do evento e/ou parceiros comerciais.
9. Aceito, ao me cadastrar ou inscrever, a constar meu cadastro no banco de dados dos organizadores do evento, autorizando-os, desde já, a enviar para o endereço eletrônico ou físico cadastrado qualquer tipo de correspondência que trate sobre promoções, ações promocionais, programas de incentivo ou comercial, desenvolvido pelos próprios organizadores do evento ou por seus parceiros.

**10.** Assumo todas as eventuais despesas de viagem, hospedagem, alimentação, traslados, seguros, assistência médica e quaisquer outras despesas necessárias ou provenientes da minha participação neste evento, antes, durante ou depois dele, isentando os organizadores de qualquer indenização ou ressarcimento.

**11.** Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo o que me foi esclarecido, e que me foi concedida a oportunidade de desistir, bem como de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse no presente termo.

**12.** Assim, por livre e autônoma manifestação de vontade, após leitura e saneamento de todas as dúvidas em todas as questões levantadas, sentindo-me plenamente esclarecido(a), autorizo minha inscrição na COPA SAÚDE CASSEMS FUTEBOL SOCIETY - 12ª edição - e aceito integralmente as regras aqui e nos demais regulamentos disciplinadores do evento.

**13.** Declaro, por fim, que estou ciente e de acordo com o regulamento da COPA SAÚDE CASSEMS FUTEBOL SOCIETY - 12ª edição -, bem como de minhas responsabilidades acima especificadas.

Campo Grande/MS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Testemunha 1

\_\_\_\_\_  
Testemunha 2

Nome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

