

Termo de Responsabilidade

Eu, Amara José da Silva Junior, atual Diretor sem designação específica do GUARANI DE PALHOÇA nos poderes outorgados no Termo de Cooperação Técnica e Financeira nº 008/1/2021 de 03/08/2021, declaro ter informado devidamente a todos os colaboradores escalados para a partida do dia 03/08/2021 contra a equipe CAJABONISC, sobre todas as orientações do Protocolo de Jogo e riscos relacionados ao COVID-19.

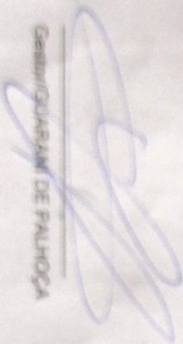
Os termos realizados foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico ANDRÉ LUIZ DE SOUZA FERNANDES, brasileiro, médico, residente e domiciliado na Rua Azeiteiros da Silva, 37, Ap. 401, Bl. Borneletas, Favelada Santo Antônio, São José SC, inscrito no CPF sob nº 020.230.029-73 e CRM/SC 20228.

Assim, declaramos que:

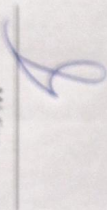
Todos os colaboradores foram orientados a seguir atentamente as instruções escritadas, e possuem conhecimento dos riscos e consequências dos seus atos, que eventualmente possam comprometer o protocolo de segurança de transmissão do COVID - 19.

Assim, o fôgo por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

Gestor GUARANI DE PALHOÇA



Médico



Atestado de Saúde
O(a) Sr(a) _____
foi examinado(a) em _____
e constatado(a) que não possui
nenhuma das condições de
contágio de COVID-19.

Termo de Responsabilidade

Eu, Damiari Araújo da Faria, presidente do Clube Caçador, declaro ter informado claramente a todos os colaboradores escalados para a partida do dia 03/08/2021 contra a equipe Guarani de Palhoça sobre todos as orientações do Protocolo de Jogo e riscos relacionados ao COVID-19.

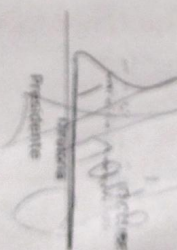
Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo(s) médico(s) André Luiz de Souza Fernandes (CRM) 02028

Assim, declaramos que:

Todos os colaboradores foram orientados a seguir atentamente as instruções recebidas, e possuem conhecimento dos riscos e consequências dos seus atos, que eventualmente possam comprometer o protocolo de segurança de transmissão do COVID - 19.

Assim, o fôgo por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

Damiari Araújo da Faria
Presidente



Atestado de Saúde
O(a) Sr(a) _____
foi examinado(a) em _____
e constatado(a) que não possui
nenhuma das condições de
contágio de COVID-19.

Médico