Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifico que entendo as perguntas precedentes e minhas respostas são verdadeiras e completas. Também entendo que estas informações estão sendo providas como parte de minha consulta inicial e podem não ser atualizadas periodicamente. Assumo o risco de qualquer mudança em minha condição médica, que possa afetar minha capacidade para me exercitar.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura Data