**ATESTADO**

 Atesto para os devidos fins que as atletas e membros da comissão técnica abaixo relacionados (Inserir abaixo nome completo e BID dos atletas), registrados no Clube (Inserir aqui nome do clube) apresentam condição de jogo, pois realizaram exame sorológico para detecção de Imunoglobulinas G (IGG) com resultado positivo no dia XX/XX, comprovando que o mesmo já foi acometido pelo SarsCov2, que teve infecção anterior e apresenta anticorpos para o vírus, através do Laboratório (inserir nome e CNPJ do Laboratório).

OBS: Ficando o mesmo dispensado da realização do exame RT-PCR pelo período de 45 dias após a data de realização do exame citado acima.

 Atesto ainda, que os laudos comprobatórios estão de posse do clube e que serão disponibilizados, a qualquer momento, se assim solicitado pela FGF e/ou TJDRS.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME COMPLETO | APELIDO  | N° BID |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 COMISSÃO TÉCNICA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | NOME | FUNÇÃO | BID/CREF/CRM/RG |
| 1 |  | TREINADOR | BID: |
| 2 |  | AUXILIAR  | RG: |
| 3 |  | PREP. FISICO | CREF: |
| 4 |  | PREP. GOLEIRO | RG: |
| 5 |  | MEDICO | CRM: |
| 6 |  | MASSAGISTA OU FISIOTERAPEUTA | RG: |

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

 Assinatura do Presidente Assinatura do Médico Carimbo Presidente Clube Carimbo com CRM