

REQUERIMENTO DE ATLETAS PROFISSIONAIS DE MMA - ANO 2021

Você deve enviar todos os itens listados abaixo antes de seu pedido de licença ser finalizado. O seu pedido será considerado "pendente" se as informações não forem fornecidas ou estiverem incompletas.

1. Taxa de licença R\$150,00
2. Documento de identidade com foto
3. Ressonância Magnética de Crânio (válido por 3 anos)
4. Angioressonância Arterial de Crânio (válido por 3 anos)
5. Exame Físico, formulário da CABMMA preenchido por um medico (validade ano calendário)
6. Exame Oftalmológico, formulário da CABMMA preenchido por um oftalmologista (validade ano calendário)
7. Exames de sangue/sorologia - HIV, HbsAg (hepatite B) e HCV (hepatite C) - (válido por 1 mês)
8. Hemograma completo (validade ano calendário)
9. Exame de sangue de gravidez (Beta HCG) – para atletas femininas e deverá ser realizado com pelo menos 10 dias de antecedência a luta
10. Exames complementares para atletas nascidos em 1985 ou antes:
 - (i) Raio-X de Tórax, (ii) Eletrocardiograma e (iii) Exame de Urina (EAS)

Nome completo -		CPF -	
Nome de luta / Apelido -		Cor do Cabelo -	Cor dos Olhos -
Endereço: -			
Cidade: -	Estado: -	País: -	CEP: -
Telefone: -		E-mail: -	
Masculino / Feminino	Data de Nascimento: / /	Nacionalidade:	Altura: -
			Peso: -

1. Você já foi desqualificado em algum combate ou sofreu sanção disciplinar por qualquer entidade de administração de desporto ou comissão atlética, seja por qualquer motivo? SIM NÃO . Se sim, favor detalhar:

2. A sua licença já foi negada, suspensa ou revogada em qualquer outra comissão atlética por razões médicas? SIM NÃO . Se sim, favor detalhar:

3. Você já foi hospitalizado por problemas de corte de peso ou desidratação? SIM NÃO

4. Qual a quantidade máxima de peso que você já cortou para uma luta? _____

5. Histórico no MMA Profissional Vitórias _____ Derrotas _____ Empates _____ NC _____

6. Histórico no MMA Amador Vitórias _____ Derrotas _____ Empates _____ NC _____

7. Você já foi condenado por algum crime grave ou contravenção? SIM NÃO Se sim, favor detalhar:

DECLARAÇÃO DO REQUERENTE

Eu, através do presente, declaro, sob as penas da lei, que (i) li este requerimento de registro, (ii) todas as respostas às perguntas foram devidamente preenchidas por mim, (iii) todas as respostas se referem ao requerente, (iv) todas as respostas são verdadeiras, e (v) entendo que este registro possui validade até 31 de dezembro deste ano (salvo se de outra forma definido pela CABMMA), e (vi) por fim declaro estar ciente de que poderei ser submetido à exames anti-doping para detectar substâncias proibidas na prática esportiva de acordo com a lista da WADA (World Anti Doping Agency), Política Antidoping CABMMA e Política Antidoping USADA.

Assinatura do Requerente: _____

DATA: ____/____/2021