

**CERTIFICADO MÉDICO**  
**DESAFIO DELTA DO PARNAÍBA**



**24 km**

Este certificado tem como base as diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. Após a aprovação no teste de aptidão física o documento deverá ser preenchido com letra de forma legível, datado e assinado pelo médico juntamente com a inserção de seu carimbo de registro profissional. A apresentação do presente certificado é OBRIGATÓRIA e deverá ser enviada aos organizadores do evento até a data limite de **16 de outubro de 2019** através do e-mail: [desafiodeltadoparnaibaultra@hotmail.com](mailto:desafiodeltadoparnaibaultra@hotmail.com), de acordo com o item 08 do regulamento da prova. A não apresentação deste documento impossibilitará que o atleta participe do evento, tendo a sua inscrição imediatamente cancelada.

Eu, \_\_\_\_\_ médico(a), abaixo-assinado, atesto que os exames do(a) atleta

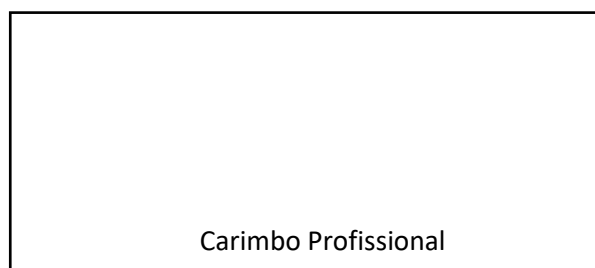
\_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_, e data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, **não apresentam nenhuma contraindicação para participar do Desafio Delta do Parnaíba Ultra 2019, evento de corrida a pé, modalidade 24 km, a ser realizado pelo litoral do Piauí.**

Atestado médico emitido em (local): \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Assinatura



Carimbo Profissional

Dados obtidos a partir do TESTE ERGOMÉTRICO:

VO2 máx obtido: \_\_\_\_\_

Pressão arterial em repouso: \_\_\_\_\_

Pressão arterial máxima alcançada: \_\_\_\_\_

Frequência cardíaca em repouso: \_\_\_\_\_

Frequência cardíaca máxima alcançada: \_\_\_\_\_

Laudos final do teste: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_