

CERTIFICADO MÉDICO
DESAFIO DELTA DO PARNAÍBA



45 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, 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.

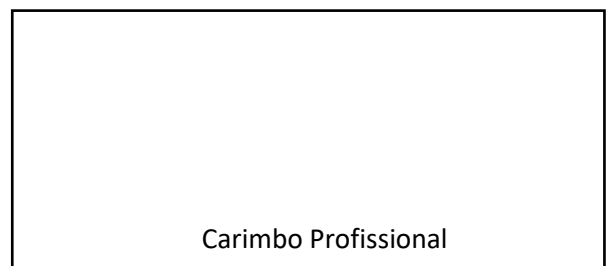
Eu, _____ médico(a), abaixo-assinado, atesto que os exames do(a) atleta

_____,
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 45 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: _____
