

ANEXO U

MODELO DO ATESTADO MÉDICO PARA O TESTE DE APTIDÃO FÍSICA

TIMBRE DA INSTITUIÇÃO

ATESTADO MÉDICO PARA O TESTE DE APTIDÃO FÍSICA

Atesto que o(a) Sr.a) _____
_____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____,
voluntário ao PS-SMV-OF/2023 - DEMAIS ÁREAS, foi por mim examinado e encontra-se
em boas condições de saúde, estando apto para realizar o Teste de Aptidão Física
previsto no respectivo Aviso, que consta de nadar o percurso de 25 (vinte e cinco)
metros no tempo máximo de 50 (cinquenta) segundos para o sexo masculino e 1 (um)
minuto para o sexo feminino e correr o percurso de 2.400 (dois mil e quatrocentos)
metros no tempo máximo de 16 (dezesseis) minutos para o sexo masculino e 17
(dezessete) minutos para o sexo feminino.

LOCAL E DATA: _____, em ____ de _____ de 2023.

NOME DO MÉDICO(A): _____.

CRM: _____.

Assinatura do Médico(a) e Carimbo Legível com CRM