

**APÊNDICE XXI**  
**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-2024, 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 (dezesete)  
minutos para o sexo feminino.

LOCAL E DATA: \_\_\_\_\_, em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

NOME DO MÉDICO(A): \_\_\_\_\_.

CRM: \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Médico(a) e Carimbo Legível com CRM