

APÊNDICE XXI

TIMBRE DA INSTITUIÇÃO

MODELO DO 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/2021, 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 20____.

NOME DO MÉDICO(A): _____.

CRM: _____.

Assinatura do Médico(a) e Carimbo Legível com CRM