

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