

**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/2019, 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 20\_\_\_\_.

NOME DO MÉDICO(A): \_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico(a) e Carimbo Legível com CRM