

TIMBRE DA INSTITUIÇÃO
ATESTADO MÉDICO PARA O TESTE DE APTIDÃO FÍSICA

Atesto que o(a) Sr.(a) _____
_____, portador(a) da Carteira de Identidade n°
_____, voluntário ao PS-SMV-PR/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 (dezesesseis) minutos para o sexo
masculino e 17 (dezessete) 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