

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/2025, 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 2025.

NOME DO MÉDICO(A): _____.

CRM: _____.

Assinatura do Médico(a) e Carimbo Legível com CRM