

APÊNDICE XXI
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-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