

**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 (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