

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o(a) Sr.(a) _____,
portador(a) do documento de Identidade nº _____, encontra-se em boas
condições de saúde, estando apto para realizar a Prova de Aptidão Física prevista no Edital
do Processo Seletivo do **Consórcio de Desenvolvimento da Região de Governo de São
João da Boa Vista - CONDERG**.

_____, _____ de _____ de 2026.

Assinatura do Médico e CRM
Carimbo (ou identificação no cabeçalho)

A AVALIAÇÃO DA PROVA DE APTIDÃO FÍSICA SEGUIRÁ AS SEGUINTE TABELAS:

MASCULINO		
Teste	Atividade	Distância
Farmer Walk	Deslocamento com 50 kg	15 metros
Teste	Atividade	Tempo
Corrida	Percorrer 2.000 metros	12 minutos

FEMININO		
Teste	Atividade	Distância
Farmer Walk	Deslocamento com 30 kg	15 metros
Teste	Atividade	Tempo
Corrida	Percorrer 1.600 metros	12 minutos