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 SEGUINTES TABELAS:

MASCULINO		
Teste	**Atividade**	**Distância**
Farmer Walk	Deslocamento com 50 kg	15 metros
Teste	**Atividade**	**Tempo**
Corrida	Percorrer 1.700 metros	12 minutos

FEMININO		
Teste	**Atividade**	**Distância**
Farmer Walk	Deslocamento com 30 kg	15 metros
Teste	**Atividade**	**Tempo**
Corrida	Percorrer 1.400 metros	12 minutos