

LAUDO CARDIOLÓGICO PARA REALIZAÇÃO DO TESTE DE APTIDÃO FÍSICA (TAF)

Declaro que o policial militar (NOME COMPLETO) _____, RG: _____, após apresentar-me a tabela com os exercícios físicos que realizará no âmbito da PMES, encontra-se: (APTO ou INAPTO) _____ para a realização do TAF.

Data: ___ / ___ / _____ às _____ horas.

Assinatura e carimbo do médico



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
POLÍCIA MILITAR
DIRETORIA DE SAÚDE**

GUIA MÉDICA DE SAÚDE

DATA: ___ / ___ / _____

NOME COMPLETO: _____

RG/NF: _____ POSTO/GRADUAÇÃO: _____

LOCAL DE TRABALHO: _____

ENCAMINHADO PARA:

() INSPEÇÃO DE SAÚDE PARA FINS DE (especificar): _____

() OUTROS (especificar): _____

COMANDANTE, CHEFE OU DIRETOR

RESERVADO PARA O PREENCHIMENTO DA DIRETORIA DE SAÚDE

Descrever a situação de saúde do policial militar de acordo com as fórmulas especificadas no artigo 36 das Instruções Reguladoras dos Afastamentos e Inspeções de Saúde dos Policiais Militares do Estado do Espírito Santo (IRAIS).

Data: ___ / ___ / _____ às _____ horas.

Assinatura e carimbo do médico