



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO DA **XX** REGIÃO

ATESTADO DE APTIDÃO FÍSICA

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

Declaro que o(a) paciente acima compareceu à CONSULTA CARDIOLÓGICA e foi submetido(a) aos seguintes exames:

() ECG (____/____/____)

() Teste ergométrico (____/____/____)

() Outros: _____

Após avaliação cardiológica, concluímos que o(a) paciente acima encontra-se:

() APTO(A) para exercício físico.

() INAPTO(A) para exercício físico.

_____, ____/____/____.

Médico(a) cardiologista
(carimbo e assinatura)