

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

PARECER DO MÉDICO EXAMINADOR

Nome: _____

Atesto que o(a) candidato(a) acima descrito foi submetido(a) a Exame Médico e encontra-se:

APTO(A) para exercer a função de _____, gozando de plena saúde física e mental e não se enquadra em nenhuma das situações de inaptidão temporária descritas no **EDITAL N.º 01/2024 – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ.**

INAPTO(A) para exercer a função de _____.

No caso de gestante, informar:

A gestante encontra-se na _____ semana de gestação.
No caso de se enquadrar em uma ou mais situações de inaptidão temporária, informar por qual situação (De acordo com a legislação vigente).

_____, _____ de _____ de 20_____.

Médico Examinador
Assinatura e Carimbo/CRM

=====

Para preenchimento do(a) candidato(a):

Eu, _____,
inscrito(a) no CPF/MF sob o nº _____, portador(a) do RG n.º _____,
declaro que nesta data de início do meu contrato de trabalho pelo regime especial permaneço em plenas condições de saúde física e mental para desempenhar as atribuições da função para a qual estou sendo contratado(a).

_____, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do(a) candidato(a)