



ANEXO Nº III

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL	
RG ..... UF ..... CPF .....	
Data de nascimento: ...../...../..... Sexo: .....	
Função pretendida: <input type="checkbox"/> - Assistente Social – 30 horas <input type="checkbox"/> – Farmacêutico – 20 horas <input type="checkbox"/> – Fonoaudiólogo – 20 horas <input type="checkbox"/> - Auxiliar de Serviços Gerais – 40 horas	
PARECER DO MÉDICO EXAMINADOR	
Atesto que o candidato acima descrito foi submetido a Exame Médico e encontra-se: <input type="checkbox"/> APTO para exercer a função de ....., gozando de plena saúde física e mental. <input type="checkbox"/> INAPTO para exercer a função de .....	
No caso de gestante informar: A gestante encontra-se na ..... semana de gestação.	
Local: ..... Data: ...../...../ 2024	
..... Médico examinador Assinatura e carimbo/CRM	



ESTADO DO PARANÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**FLOR DA SERRA DO SUL**



**Para preenchimento do candidato na data de sua contratação**

Eu, ..... RG  
nº....., declaro que nesta data de início do meu contrato pelo  
regime especial permaneço em plenas condições de saúde física e mental para desempenhar as  
atribuições da função para a qual estou sendo contratado.

Local e data: ....., ..... de ..... de 2024.

.....

Assinatura do candidato