



ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO

NOME DO CANDIDATO/PACIENTE:		
RG:	UF:	CPF:
Data de Nascimento: ____/____/____		Sexo:
Função TEMPORÁRIA pretendida:		
<input type="checkbox"/> Agente Funerário	<input type="checkbox"/> Assistente de Gestão Pública	
<input type="checkbox"/> Gestor Social em Educação Física	<input type="checkbox"/> Gestor Social em Serviço Social	
<input type="checkbox"/> Médico Clínico Geral Plantonista	<input type="checkbox"/> Médico Pediatra Plantonista	
<input type="checkbox"/> Motorista Operador de Máquinas Automotrizes	<input type="checkbox"/> Motorista Veículos Leves	
<input type="checkbox"/> Motorista Veículos Pesados	<input type="checkbox"/> Psicólogo	
<input type="checkbox"/> Técnico em Análises Clínicas	<input type="checkbox"/> Técnico em Agimensura Topógrafo	
PARECER DO MÉDICO DO TRABALHO / MÉDICO EXAMINADOR		
Atesto que o candidato/paciente acima descrito foi submetido a Exame Médico e encontra-se:		
<input type="checkbox"/> APTO para exercer a função de _____, conforme rol de atividades constantes no Anexo II, parte integrante do Edital de Teste Seletivo nº 035/2021 - DDH/SMRH .		
<input type="checkbox"/> INAPTO para exercer a função de _____, conforme rol de atividades constantes no Anexo II, parte integrante do Edital de Teste Seletivo nº 035/2021 - DDH/SMRH .		
Local: _____ Data: ____/____/____		
_____ Médico do Trabalho / Médico Examinador Assinatura e Carimbo/CRM		
PARA PREENCHIMENTO DO CANDIDATO:		
Eu, _____, declaro que estou em plenas condições de saúde física e mental para desempenhar as atribuições da função para a qual estou sendo contratado.		
Local: _____ Data: ____/____/____		
_____ Assinatura do Candidato		