



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
Estado do Paraná

PARTE INTEGRANTE DO EDITAL Nº 011/2022 AMS/SMRH

ANEXO VI

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL - ASO

NOME DO CANDIDATO / PACIENTE:		
RG:	UF:	CPF:
Data de Nascimento: ____/____/____		Sexo:
Função TEMPORÁRIA pretendida :		
<input type="checkbox"/> Assistente de Gestão em Serviços de Saúde	<input type="checkbox"/> Médico Clínico Geral Plantonista	
<input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermagem	<input type="checkbox"/> Médico Pediatra Plantonista	
<input type="checkbox"/> Auxiliar de Farmácia	<input type="checkbox"/> Médico Veterinário	
<input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Nutricionista	
<input type="checkbox"/> Farmacêutico	<input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional	
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 011/2022 AMS/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 011/2022 AMS/SMRH.		
É candidata/paciente GESTANTE: () SIM () NÃO		
• Se sim, a gestante encontra-se na _____ semana de gestação.		
No caso de pertencer ao GRUPO DE RISCO do Coronavírus informar, de acordo com orientações e normas do Ministério da Saúde :		
• Tipo de comorbidade; _____.		
Local: _____ Data: ____/____/____		
_____ Médico do Trabalho / Médico Examinador Assinatura e Carimbo/CRM		
PARA PREENCHIMENTO DO CANDIDATO NO DIA DA CONVOCAÇÃO:		
Eu, _____, declaro que nesta data de convocação, permaneço 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		