

ATESTADO MEDICO

Inscrição:

Núcleo:

Cargo:

Nome:

Data de Nascimento:

Sexo:

RG:

UF:

Tipo da Vaga:

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Esclarecer aqui os Antecedentes Clínicos / Cirúrgicos, grafados com (SIM) pelo candidato na Ficha de Informações Médicas, além de outras que julgar necessário. (Favor utilizar letra legível).

Exame Físico:

PA:

Peso:

Altura:

1) Avaliação dos antecedentes clínicos / cirúrgicos mencionados na Ficha de Informações Médicas - FIM:

2) Avaliação dos exames complementares (somente os que apresentaram alteração):

3) Outras Informações que julgar relevante:

4) Parecer do Médico Examinador: () APTO () INAPTO

Médico Examinador / Assinatura e Carimbo

Assinatura do candidato

Local:

Data: