



**ANEXO IV – MODELO ATESTADO MÉDICO – AVALIAÇÃO OBSTETRÍCIA
CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2024**

SOBRE O(A) PROFISSIONAL

Nome:

Especialidade:

CRM:

SOBRE A AVALIADA

Nome:

CPF:

RG:

Candidata ao cargo de:

ATESTADO

Atesto que a Sra. _____ encontra-se em boas condições de saúde, estando apta para realizar, no dia ____/____/____, o Teste de Aptidão Física previsto no Edital de Concurso Público nº 01/2024 do Município de Toledo, o qual constará os seguintes testes: CORRIDA 12 MINUTOS, TESTE DE CAPACIDADE DE FORÇA EXPLOSIVA DE MEMBROS SUPERIORES - ARREMESSO DO MEDICINEBALL, TESTE DE SENTAR E LEVANTAR – TSL.

(Local / Data)

(Assinatura e carimbo do profissional)



**ATESTADO MÉDICO
TESTE APTIDÃO FÍSICA – TAF**

Atesto para os devidos fins que o(a) candidato(a):

portador da Cédula de Identidade nº _____, e inscrito no CPF sob nº _____ ESTÁ APTO(A), ou seja, encontra-se em condições de saúde para realizar o Teste de Aptidão Física, do Concurso Público Edital nº 001/2024 da Prefeitura Municipal de Toledo-Pr, o qual constará os seguintes testes: **CORRIDA 12 MINUTOS, TESTE DE CAPACIDADE DE FORÇA EXPLOSIVA DE MEMBROS SUPERIORES - ARREMESSO DO MEDICINEBALL, TESTE DE SENTAR E LEVANTAR – TSL.**

Toledo-PR, ____ de _____ de 2024.

**ASSINATURA DO MÉDICO
NOME DO MÉDICO
CRM DO MÉDICO**