ANEXO XIV - MODELO DE ATESTADO MÉDICO PARA CANDIDATA GESTANTE OU EM PERÍODO PÓS-PARTO

SOLICITAÇÃO DE REMARCAÇÃO DA PROVA DE CAPACIDADE FÍSICA

Atesto que a candidata _____,
documento de identificação (RG) nº: _____, CPF nº _____,
foi submetida, nesta data, a exame clínico sendo constatada(o):

( ) Gravidez (período Gravídico), cuja idade gestacional é compatível com _____ semanas e _____ dias, com data provável do parto prevista para ____ de _____ de _____.

( ) Período de Puerpério, a contar da data do parto, que ocorreu em ___ de _____ de _____.

_____, _____ de _____de 20_____.

_____

Assinatura do(a) Médico(a) Ginecologista-Obstetra

CRM Nº _____