



CONSELHO MUNICIPAL
DOS DIREITOS DA CRIANÇA
E DO ADOLESCENTE

CMDCA



**SECRETARIA DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL**

ANEXO VII

AVALIAÇÃO MÉDICA

ATESTO QUE:

NOME:

RG:

IDADE: _____ **Anos**

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

FOI CLINICAMENTE EXAMINADO E CONSIDERADO:

() APTO.

() INAPTO.

PARA EXERCER A FUNÇÃO DE CONSELHEIRO TUTELAR, NO MUNICÍPIO DE GOIOERÊ/PR.

EXISTE RISCO OCUPACIONAL () SIM () NÃO

OBSERVAÇÕES

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

GOIOERÊ - PR ____/____/____

MÉDICO ENCARREGADO:

CRM:

* A avaliação médica objetiva aferir se o candidato goza de boa saúde física para desempenhar as tarefas típicas da função pública de Conselheiro Tutelar.