

ANEXO IX

**MODELO DE ATESTADO MÉDICO PARA CANDIDATA GESTANTE OU EM PERÍODO PÓS-
PARTO - SOLICITAÇÃO DE REMARCAÇÃO DA PROVA DE CAPACIDADE FÍSICA.**

Atesto, para os devidos fins, que a candidata _____,
RG nº _____, CPF nº _____, inscrição nº _____,
candidata ao cargo de _____, foi submetida, nesta data, a
exame clínico, sendo constatado:

() **Gestação (período gravídico)**, cuja idade gestacional é compatível com _____ semanas e _____
dias, com data provável do parto (DPP) prevista para ____ de _____ de _____.

() **Puerpério (pós-parto)**, a contar da data do parto, ocorrido em ____ de _____ de
_____.

Declaro, ainda, que o presente atestado foi emitido para fins de **solicitação de remarcação** da Avaliação de
Altura e do Teste de Aptidão Física (TAF), na forma prevista no Edital.

_____(cidade/UF), ____ (dia) de _____ (mês) de 2026.

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

Nome do(a) médico(a): _____

CRM/UF nº _____

RQE: _____

Observação: Laudo deve ser em papel timbrado do profissional/da clínica.