



## ANEXO II

Assinale: candidato a:  
COZINHEIROS (AS) ( )  
FAXINEIROS (AS) ( )

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**Você possui alguma restrição médica que o impeça de permanecer em pé por períodos de 6 a 8 horas consecutivas?**

- ( ) Sim ( ) Não

Caso sim: entregar laudo ou comprovante médico no ato da inscrição.

**Possui alguma restrição ao trabalho em ambientes quentes?**

(varizes graves, insuficiência venosa, inchaços, condições dermatológicas, etc...)

- ( ) Sim ( ) Não

Caso sim: entregar laudo ou comprovante médico no ato da inscrição.

**Possui alguma restrição que o impeça de levantar painéis ou caixas, (aprox. 10kg a 15kg)?**

(Hérnia de disco, escoliose, lesões por esforço repetitivo, bursite, lesão nas articulações, etc...)

- ( ) Sim ( ) Não

Caso sim: entregar laudo ou comprovante médico no ato da inscrição.

**Você possui histórico de alergia ou sensibilidade respiratória ao utilizar produtos de limpeza?**

- ( ) Sim ( ) Não

Caso sim: entregar laudo ou comprovante médico no ato da inscrição.

**Você tem alguma restrição ao uso de luvas de borracha ou máscaras por períodos prolongados?**

- ( ) Sim ( ) Não

Caso sim: entregar laudo ou comprovante médico no ato da inscrição.

X \_\_\_\_\_

**Assinatura do(a) Candidato(a)**

**LOCAL E DATA:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 2026