

FORMULÁRIO PADRONIZADO DO ATESTADO MÉDICO PARA INSCRIÇÃO DOS CANDIDATOS CONCORRENTES ÀS VAGAS RESERVADAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.

ATESTADO MÉDICO

Nome: _____ CPF: _____

Espécie e o grau ou nível de deficiência

Código da Classificação Internacional de Doenças (CID): _____

Provável causa da deficiência

_____, ____ de _____ de 2014

Assinatura do Médico e CRM

1. Deverá constar neste atestado o nome, a assinatura e o número de inscrição no CRM do médico.
2. Este **atestado médico, na forma original ou fotocópia autenticada**, deverá ser entregue juntamente com o **formulário eletrônico de inscrição** durante o período de inscrição.
3. Este Formulário de Atestado Médico Padronizado consta do Anexo I do Edital Nº 01/2014/DAE, de 10/10/2014, publicado no DOE de 22/10/2014.
4. A entrega deste atestado médico, juntamente com o requerimento de inscrição deverá ser feita até o dia 08/12/2014 na Sede da CEV/UECE.