

**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 20____

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 **Ficha de Inscrição Presencial** durante o período de inscrição.