

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

ATESTADO MÉDICO

Nome do Candidato: _____

CPF: _____ RG: _____ Telefone _____

Espécie e o grau ou nível de deficiência

Código da Classificação Internacional de Doenças (CID): _____

Provável causa da deficiência

Observações (Tempo Adicional para a prova):

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Médico, CRM e carimbo

-
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 requerimento (formulário) de solicitação para concorrer às vagas reservadas para pessoas com deficiência (PcD) de que trata o inciso I do subitem 5.10 do Edital.