

MODELO 1: 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 2018

Assinatura do Médico, CRM e Carimbo

-
- Deverá constar neste atestado o nome, a assinatura, carimbo e o número de inscrição no CRM do médico.
 - 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** de que trata a **inciso I** do **subitem 3.7** do Edital.