

MODELO 1: FORMULÁRIO PADRONIZADO DO ATESTADO MÉDICO PARA INSCRIÇÃO DOS CANDIDATOS CONCORRENTES ÀS VAGAS RESERVADAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PcD).

ATESTADO MÉDICO

• Nome do Candidato: _____

• CPF do Candidato: _____

• Espécie e o grau ou nível de deficiência

• Código da Classificação Internacional de Doenças (CID): _____

• Provável causa da deficiência

• Espaço reservado para o médico se manifestar com relação à concessão de tempo adicional para realização da prova

_____, _____ de _____ de 2021

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 modelo 2) de solicitação para concorrer às vagas reservadas para pessoas com deficiência (PcD)** de que trata a **inciso II do subitem 22.1** do Edital.
• Escanear e enviar para o e-mail vestibular@uece.br até 19/04/2021 (2ª feira), devidamente preenchido e assinado, com a documentação a ser a ele anexada.