

COMPANHIA CEARENSE DE TRANSPORTES METROPOLITANOS - METROFOR
SELEÇÃO PÚBLICA - EDITAL Nº 04/2016-METROFOR, DOE DE 19/12/2016**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 _____

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 **requerimento (formulário) de solicitação para concorrer às vagas reservadas para pessoas com deficiência** de que trata a alínea a do subitem 5.9 do Edital.