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 e CRM
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** de que trata a **inciso I** do **subitem 5.9** do Edital.
3. Este formulário poderá ser entregue ou encaminhado na forma estabelecida no item 10 do Cronograma de Eventos.