

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

_____, ____ de _____ de 2019

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 18.1** do Edital.