

**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 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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 **formulário eletrônico de inscrição** durante o período de inscrição.  
3. Este Formulário Padronizado de Atestado Médico consta do Anexo I do Edital Nº 01/2014-PMT/Tauá, de 06/10/2014.