

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