MODELO 1 - ATESTADO MÉDICO

Nome do candidato: _____

CPF: _____

RG: _____

Descrição de espécie e grau/nível de deficiência:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Código da Classificação Internacional de Doenças (CID): _____

Causa provável da deficiência:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____, _____ de _____ de 2025

_____

Assinatura do médico, CRM e carimbo