

**ANEXO I DO EDITAL Nº 01/2019 – SEGET/PMS, DE 18/09/2019**

Formulário padronizado de 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 2019

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico e CRM

Deverá constar neste atestado o nome, a assinatura e o número de inscrição no CRM do médico.

Este **atestado médico, na forma original ou fotocópia simples**, deverá ser entregue juntamente com o **requerimento (formulário) de solicitação para concorrer às vagas reservadas para pessoas com deficiência** de que trata a o **item 55** deste Edital.