

ANEXO I

MODELO DE ATESTADO PARA PERÍCIA MÉDICA
(candidatos que se declararam portadores de deficiência)

Atesto, para os devidos fins, que o(a) Senhor(a) _____
é portador(a) da(s) doença(s), CID _____, que resulta(m) na perda das seguintes funções
_____.

Cidade/UF, ____ de _____ de 20 __.

Assinatura e carimbo do Médico

Observação: validade de 12 meses