

**ANEXO III – MODELO DE ATESTADO MÉDICO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

Atesto para os devidos fins de direito que o Sr.(a) \_\_\_\_\_  
é portador(a) da(s) deficiência(s) \_\_\_\_\_, Código Internacional da  
Doença (CID) \_\_\_\_\_, que resulta(m) na perda da(s) seguinte(s) função(ões)  
\_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nome, assinatura e número do CRM do médico especialista na área de deficiência/doença do  
candidato e carimbo, caso contrário, o atestado não terá validade)