

**ANEXO III**

**ATESTADO PARA CARACTERIZAÇÃO DE PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA**

Atesto, em cumprimento a Lei n° 7853, de 24 de outubro de 1989 e do Decreto n° 3298/99 de 20 de dezembro de 1999, que o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador do RG n° \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, foi devidamente avaliado clinicamente enquadrando-se, segundo o Artigo 4°, do Decreto 3298/99, na seguinte categoria:

1. ( ) deficiência física
  2. ( ) deficiência auditiva
  3. ( ) deficiência visual
  4. ( ) deficiência mental
  5. ( ) múltipla
  6. ( ) Outras. Quais \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

7. CID \_\_\_\_\_

8. Especificação das atividades relativas ao cargo compatíveis com a deficiência apresentada: - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Assinatura do Médico \_\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

CRM N° \_\_\_\_\_

Declaro ter recebido cópia deste atestado e autorizo a declaração do CID/ diagnóstico correspondente à minha deficiência.

Assinatura do (a) candidato (a) \_\_\_\_\_