

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) _____