



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO - PROGRAD
COORDENAÇÃO DE PROCESSOS SELETIVOS - COPESE
Rodovia MGT-367, Km 583 nº 5000, Alto do Jacuba, Dimantina/MG
Telefone: (38) 3532-1277 – E-mail: copese@ufvjm.edu.br



ANEXO III

MODELO DO ATESTADO MÉDICO PARA CANDIDATOS INSCRITOS NAS VAGAS PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Nome legível do(a) Médico(a):
.....
Endereço:
..... Bairro:
.....
Cidade/Estado:
.....
CEP:

ATESTADO MÉDICO

Atesto que
(colocar nome completo), portador da Cédula de Identidade
...../....., inscrito no CPF sob o nº
....., foi submetido(a) a consulta médica nesta data,
constatando-se apresentar o diagnóstico CID-10
assim descrito
(descrever o quadro clínico em relação ao grau ou nível de deficiência nos
termos do decreto nº 3.298 de 20/12/1999, alterado pelo Decreto nº 5.296 de
2/12/2004)

.....
.....
.....
.....
.....

..... de de

Assinatura do(a) médico(a) supra-identificado
(Carimbo com nome e CRM ou RSM)