

MODELO DE ATESTADO MÉDICO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF SP) - Edital nº 001/2017

Atesto para os devidos fins de direito que o Sr.(a) _____
é portador(a) da(s) deficiência(s) *(descrever a espécie e o grau ou nível de deficiência)*
_____, Código Internacional da Doença (CID) _____, sendo que a
deficiência foi/é causada pela seguinte causa: *(descrever a provável causa da deficiência)*

_____.

Local: _____

Data: ____/____/____

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