



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - UNIVASF**

Av. José de Sá Maniçoba, s/n, Campus Universitário – Centro CEP 56304-205  
Caixa Postal 252, Petrolina-PE, Fax: (87) 2101-6834, [reitoria@univasf.edu.br](mailto:reitoria@univasf.edu.br)  
CNPJ: 05.440.725/0001-14

**ANEXO III**

**MODELO DE ATESTADO MÉDICO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

Atesto para os devidos de direito que o Sr(a)  
\_\_\_\_\_ é pessoa  
com deficiência \_\_\_\_\_ código internacional da doença (CID)  
\_\_\_\_\_, sendo compatível a deficiência apresentada pelo paciente com as  
atribuições do cargo de \_\_\_\_\_  
disponibilizado no Processo de Seleção Pública Simplificada para Professor Substituto  
da UNIVASF, conforme Edital nº 17/2023.

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

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