



ATESTADO MÉDICO

Finalidade

Para fins de emissão de carteira de identidade com informações sobre pessoa com vulnerabilidade ou condição particular de saúde, nos termos do Decreto 9.278/18, artigo 8º, §1º, inciso X.

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA

NOME	DATA DE NASCIMENTO
RG/UF	CPF

INFORMAÇÕES MÉDICAS

1. Preencher para atestar deficiência

Deficiência Física / Motora
CID: _____

Deficiência Auditiva
CID: _____

Deficiência Intelectual
CID: _____

Deficiência Visual
CID: _____

2. Preencher para informar condição particular de saúde, cuja divulgação na carteira de identidade possa contribuir para preservar a saúde ou salvar a vida de seu titular.

CID: _____
CID: _____
CID: _____
CID: _____

3. Breve relato da(s) deficiência(s) ou condição particular de saúde do titular.

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

NOME DO MÉDICO	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM/UF)
ENDEREÇO PROFISSIONAL	FONE
LOCAL E DATA	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Autorizo a divulgação das informações médicas a meu respeito, contidas neste atestado, para fins de emissão de carteira de identidade.

Assinatura da Pessoa ou Representante Legal