

ATESTADO / RELATÓRIO MÉDICO - CARTEIRA DE IDENTIDADE

CONDIÇÃO ESPECÍFICA DE SAÚDE

O paciente (**NOME COMPLETO**) _____

portador do **RG/CPF Nº** _____ (*indicar número/órgão expedidor/unidade da Federação*), apresenta a condição específica de saúde de natureza permanente ou duradoura abaixo.

Declaro, para a inclusão/alteração da informação na Carteira de Identidade, que se trata de paciente que apresenta: _____

_____ (*descrever
condição específica de saúde, em conformidade com terminologia CID*), **CID Nº**
_____, **devendo constar da Carteira de Identidade:**

“ _____ ” (ex. *“Alérgico à Penicilina”, “Diabético”, “Hipertenso”, “Autista”*) (*máximo de 35 caracteres, incluindo espaços e caracteres especiais*).

_____-SC, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Médico
Especialidade
CRM