

ATESTADO/RELATÓRIO MÉDICO - CARTEIRA DE IDENTIDADE

SIMBOLOGIA DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

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, em conformidade com terminologia CID), **CID Nº** _____,

devendo constar da Carteira de Identidade a simbologia referente à pessoa com a seguinte deficiência:

() **deficiência auditiva**

() **deficiência intelectual**

() **deficiência visual**

() **deficiência física**

() **autismo**

_____-SC, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Médico
Especialidade
CRM