



## 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