



**ATESTADO MÉDICO PARA INCLUSÃO DE CID NA CARTEIRA DE IDENTIDADE**  
**PREENCHER COM LETRA DE FORMA LEGÍVEL**

**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 (OBRIGATÓRIO)**

NOME	DATA DE NASCIMENTO
RG/UF	CPF

**INFORMAÇÕES MÉDICAS (MÁXIMO DE QUATRO CIDS)**

**1. Preencher para atestar deficiência (Geram símbolos na carteira de identidade)**

-  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. (Não geram símbolos na carteira de identidade)**

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