

### ANEXO III

#### MODELO DE ATESTADO/RELATÓRIO MÉDICO - CARTEIRA DE IDENTIDADE SIMBOLOGIA DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA E/OU ASSINATURA

O paciente \_\_\_\_\_,  
portador do CPF \_\_\_\_\_ e/ou da Carteira de Identidade de RG (número/órgão  
expedidor/unidade da Federação), \_\_\_\_\_, apresenta a seguinte condição:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

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 \_\_\_\_\_, devendo  
constar da Carteira de Identidade a condição referente à pessoa com a seguinte deficiência:

\_\_\_\_\_ (deficiência auditiva, visual,  
cognitiva ou física).

\_\_\_\_\_ -PR, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico Especialidade

CRM