

CONDIÇÃO ESPECÍFICA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Para inclusão da condição específica de saúde no campo observação da Carteira de Identidade Nacional, atesto que:

Nome completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____, e CPF _____, apresenta a seguinte

condição específica de saúde cuja divulgação possa contribuir para preservar a sua saúde ou salvar a sua vida, conforme art. 14º, §2º, III, Decreto 10977/2022:

_____ CID: _____,

devendo constar na Carteira de Identidade Nacional: _____

Ex.: Alérgico à Penicilina, Diabético, Hipertenso (máximo de 75 caracteres, incluindo espaços e caracteres especiais).

_____ - _____, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Médico - CRM