

**MODELO DE ATESTADO/RELATÓRIO MÉDICO - CARTEIRA DE IDENTIDADE  
SIMBOLOGIA DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

O paciente \_\_\_\_\_,  
portador do CPF nº \_\_\_\_\_ e/ou da Carteira de Identidade (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 simbologia referente à pessoa com a seguinte  
deficiência \_\_\_\_\_ (deficiência auditiva, visual, cognitiva ou física).

\_\_\_\_\_ (SC), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

**Assinatura do Médico**

**Especialidade CRM**

**NÃO UTILIZAR PARA PREENCHIMENTO.**