



MODELO DE ATESTADO/RELATÓRIO MÉDICO - CARTEIRA DE IDENTIDADE

“A inclusão ou alteração, na Carteira de Identidade, de condição específica de saúde cuja divulgação possa contribuir para preservar sua saúde ou salvar sua vida (art. 8º, inciso X, do Decreto nº 9.278/2018), ocorrerá mediante requerimento verbal no momento do atendimento e apresentação de atestado/relatório médico, legível, preenchido e assinado, devendo ser observado que: I - Somente serão aceitos atestados/relatórios médicos específicos para a inclusão da informação na Carteira de Identidade quando informarem expressamente que se trata de condição de natureza

permanente ou duradoura, bem como o nome completo do requerente, o número de sua Carteira de Identidade, com o respectivo órgão emissor, ou o número do CPF, a terminologia exata que deve constar na Carteira de Identidade, a condição específica de saúde e o CID, além da assinatura e número de registro no órgão de classe específico do profissional responsável pela emissão do atestado/relatório médico apresentado, conforme modelo no Anexo II;

CONDIÇÃO ESPECÍFICA DE SAÚDE

O paciente (NOME COMPLETO) _____,
portador do RG/CPF Nº _____ (indicar
número/órgão expedidor/unidade da Federação), apresenta a seguinte condição específica de saúde de natureza
permanente ou duradoura:

_____.

Declaro, para a inclusão/alteração da informação na Carteira de Identidade, que se trata de paciente
que apresenta: _____

(descrever condição específica de saúde, em conformidade com terminologia CID), CID Nº _____,

devendo constar da Carteira de Identidade: “ _____ ”

(ex. “Alérgico à Penicilina”, “Diabético”, “Hipertenso”, “Autista”) (máximo de 35 caracteres, incluindo
espaços e caracteres especiais).

_____ -SC, de _____ de _____.

Assinatura do Médico

Especialidade

CRM