

**MODELO DE ATESTADO/RELATÓRIO MÉDICO - CARTEIRA DE IDENTIDADE
CONDIÇÃO ESPECÍFICA DE SAÚDE**

O paciente _____,
portador do CPF nº _____ e/ou da Carteira de Identidade (número, órgão
expedidor/unidade da Federação) _____, apresenta a seguinte condição específica
de saúde de natureza permanente ou duradora.

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 _____, devendo constar da Carteira de Identidade: _____
(ex.: Alérgico à Penicilina, Diabético, Hipertenso).

_____ (SC), _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Médico

Especialidade CRM

NÃO UTILIZAR PARA PREENCHIMENTO.