

**ATESTADO / RELATÓRIO MÉDICO - CARTEIRA DE IDENTIDADE**

**CONDIÇÃO ESPECÍFICA DE SAÚDE**

O paciente (**NOME COMPLETO**) \_\_\_\_\_

portador do **RG/CPF N°** \_\_\_\_\_ (*indicar número/órgão expedidor/unidade da Federação*), apresenta a condição específica de saúde de natureza permanente ou duradoura abaixo.

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 N°**

\_\_\_\_\_, **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