

ATESTADO/RELATÓRIO MÉDICO - CARTEIRA DE IDENTIDADE

SIMBOLOGIA DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O paciente (NOME COMPLETO) _____

portador do **RG/CPF Nº** _____ (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, em conformidade com terminologia CID), **CID Nº** _____,

devendo constar da Carteira de Identidade a simbologia referente à pessoa com a seguinte deficiência:

deficiência auditiva

deficiência intelectual

deficiência visual

deficiência física

autismo

_____ -SC, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Médico
Especialidade
CRM