

ANEXO II

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

O paciente _____,
portador do CPF _____ e/ou da Carteira de Identidade de RG (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 _____, devendo constar da Carteira de Identidade: _____

(ex. Alérgico à Penicilina, Diabético, Hipertenso) - (máximo de 25 caracteres, incluindo
espaços e caracteres especiais).

_____ -PR, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do Médico Especialidade

CRM