



ATESTADO MÉDICO PARA INCLUSÃO DE CID NA CARTEIRA DE IDENTIDADE NACIONAL
PREENCHER COM LETRA DE FORMA LEGÍVEL

Finalidade

Para fins de emissão de carteira de identidade com informações sobre pessoa com vulnerabilidade ou condição particular de saúde, nos termos do Decreto nº 10.977/22, artigo 14, §2º, inciso III.

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA (OBRIGATÓRIO)

NOME	DATA DE NASCIMENTO
RG/UF	CPF

INFORMAÇÕES MÉDICAS (MÁXIMO DE QUATRO CIDS)

1. Preencher para atestar deficiência (Geram símbolos na carteira de identidade)

- ☐  Deficiência Física / Motora
CID: _____
- ☐  Deficiência Auditiva
CID: _____
- ☐  Deficiência Intelectual
CID: _____
- ☐  Deficiência Visual
CID: _____
- ☐  Autismo
CID: _____

2. Preencher para informar condição particular de saúde, cuja divulgação na carteira de identidade possa contribuir para preservar a saúde ou salvar a vida de seu titular. (Não geram símbolos na carteira de identidade)

CID: _____
CID: _____
CID: _____
CID: _____

3. Breve relato da(s) deficiência(s) ou condição particular de saúde do titular.

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

NOME DO MÉDICO	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM/UF)
ENDEREÇO PROFISSIONAL	FONE
LOCAL E DATA	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Autorizo a divulgação das informações médicas a meu respeito, contidas neste atestado, para fins de emissão de carteira de identidade.

Assinatura da Pessoa ou Representante Legal