

Nome legível do(a) Médico(a): .....  
Endereço: .....  
Bairro: .....  
Cidade/Estado: .....  
CEP: .....

### ATESTADO MÉDICO

Atesto que .....,  
portador da Cédula de Identidade ...../....., inscrito no CPF sob  
o nº ....., foi submetido(a) a consulta médica nesta data,  
constatando-se apresentar o diagnóstico CID-10 ..... assim  
descrito (descrever o quadro clínico em relação ao grau ou nível de deficiência nos termos do decreto  
nº 3.298 de 20/12/1999, alterado pelo Decreto nº 5.296 de 2/12/2004):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

..... de ..... de 2017

Assinatura do(a) médico(a) supra-identificado  
(Carimbo com nome e CRM)