



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 ANDRÉYON ASSUMPTÃO DATA DE NASCIMENTO 20.07.1976
RG/UF 29.626.666-8 SSP/SP CPF 144.788.298/96

INFORMAÇÕES MÉDICAS (MÁXIMO DE QUATRO CIDS)

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

- ☐ Deficiência Física / Motora CID: S72.; S82; M25; M65; T93
☐ 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 gerar símbolos na carteira de identidade)

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

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

sequela de fraturas de fêmur + tíbia do membro inferior
direito, com importante redução de força e mobilidade.
+ Menopausa membro inferior direito.

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

NOME DO MÉDICO João Rodrigues de Oliveira Filho REGISTRO PROFISSIONAL (CRM/UF) 103076/SP
ENDEREÇO PROFISSIONAL Av. Comendador P. Inácio, 950, sala 501 FONE (15) 99841-1976
LOCAL E DATA Sorocaba, 04.02.2026 CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO  Dr. João de Oliveira
CRM 103076

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