

# CERTIFICADO MÉDICO

## ATESTADO MÉDICO

Dr/Dra.

O/a Dr/a.

CRM<sup>1</sup>

CRM<sup>1</sup>

con Consulta en (dirección)

com Consultório em (endereço)

CEP<sup>2</sup>

CEP<sup>2</sup>

Localidad

Cidade

Estado

Estado

Teléfono

Telefone (\_\_\_\_)

1: Consejo Regional de Medicina – Conselho Regional de Medicina

2: Código de dirección postal – Código de Endereço Postal

### CERTIFICA:

### ATESTA:

Que D/D<sup>a</sup>.

Que o/a Sr/a.

en posesión del

portador/a do

pasaporte n°

passaporte n°

no padece ninguna de las enfermedades que pueden tener

não padece de nenhuma das enfermidades que podem ter

repercusiones de salud pública graves de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento  
grave impacto sobre a saúde pública de acordo com o estabelecido no Regulamento

Sanitario Internacional de 2005.

Sanitário Internacional de 2005.

Lo que certifico en

E por ser verdade assino o presente em

Fecha:

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201\_\_

Firma y sello del Médico con firma reconocida ante Notario  
Assinatura e carimbo do Médico com firma reconhecida ante Cartório

**VÁLIDO DURANTE 40 DÍAS**  
**VÁLIDO DURANTE 40 DIAS**