

CERTIFICADO MÉDICO

ATESTADO MÉDICO

Dr/Dra. _____ CRM₁: _____

O/a Dr. /a. _____ CRM₁ _____

con Consulta en (dirección) _____

com Consultório em (endereço) _____

CEP₂ _____ - _____ Localidad _____

CEP₂ _____ - _____ Cidade _____

Estado _____ Teléfono (_____) _____

Estado _____ Telefone (_____) _____

1: Consejo Regional de Medicina – Conselho Regional de Medicina

2: Código de dirección postal – Código de Endereço Postal

CERTIFICA:

ATESTA:

Que D/D^a. _____ en posesión del
Que o/a Sr/a. _____ portador/a do
pasaporte n^o _____ no padece ninguna de las enfermedades que pueden tener
repercusiones de salud pública graves de conformidad con lo dispuesto en el
Reglamento Sanitario Internacional de 2005.

passaporte n^o _____ não padece de nenhuma das enfermidades que podem ter
grave impacto sobre a saúde pública de acordo com o estabelecido no Regulamento
Sanitário Internacional de 2005.

Lo que certifico en _____

E por ser verdade assino o presente em _____

Fecha:

Data: ____ / ____ / 20 ____

Firma y sello del Médico con firma reconocida ante Notario

Assinatura e carimbo do Médico com firma reconhecida ante Cartório

VÁLIDO DURANTE 90 DÍAS VÁLIDO DURANTE 90 DIAS