

CERTIFICADO MÉDICO

ATESTADO MÉDICO

Dr/Dra. CR₁:

O/a Dr/a.₁ _____ 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

C E R T I F I C A:

A T E S T A:

Que D/D^a. en posesión del

Que o/a Sr/a. _____ portador/a do

pasaporte n° no padece ninguna de las enfermedades que pueden tener

passaporte n° _____ 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: ____ / ____ / ____

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*

Versión: 20/01/2011