

ATESTADO MÉDICO

O/a Dr./Dra. _____ com CRM¹ _____

com atendimento em (endereço) _____

CEP² _____ Cidade _____

Estado _____ Telefone (____) _____

1. Conselho Regional de Medicina
2. Código de Endereço Postal

ATESTA:

Que o/a Sr./a _____ portador/a do
passaporte nº _____ 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.

E por ser verdade assino o presente em _____

Data: ____/____/20__

Assinatura e carimbo do Médico com firma reconhecida ante Cartório

VÁLIDO DURANTE 90 DIAS