



ANEXO IV
MODELO DE ATESTADO/RELATÓRIO MÉDICO
CARTEIRA DE IDENTIDADE COM ÍCONE OU OBSERVAÇÃO DE CONDIÇÃO
ESPECÍFICA DE SAÚDE

O paciente (*nome completo*) _____,
portador do CPF nº _____, apresenta a condição específica de saúde
de natureza permanente ou duradoura abaixo.

Com fundamento no § 2º do art. 14 do Decreto Federal nº 10.977, de 23 de fevereiro de
2022, que regulamenta a Lei Federal nº 7.116, de 29 de agosto de 1983, declaro, para
inclusão/alteração da informação na Carteira de identidade, que se trata de paciente
que apresenta _____

(*descrever condição, em conformidade com terminologia CID*), CID Nº _____,
devendo constar da Carteira de Identidade a simbologia ou observação referente à
pessoa com a seguinte condição:

[] deficiência auditiva

[] deficiência física

[] deficiência intelectual

[] deficiência visual

[] Transtorno do Espectro Autista

[] observação de saúde (ex.: alérgico a penicilina, diabético, hipertenso, etc.):

_____ (máximo de 26 caracteres).

_____/ES, _____ de _____ de 202____.

Assinatura do médico
Especialidade
CRM