



Assembleia Legislativa do Estado do Paraná

ANEXO ÚNICO DA LEI Nº _____

ATESTADO/RELATÓRIO MÉDICO - CARTEIRA DE IDENTIDADE SIMBOLOGIA DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA E/OU ASSINATURA

O paciente _____, portador do CPF sob o nº _____ e/ou da Carteira de Identidade de RG nº _____ (**número/órgão expedidor/unidade da Federação**), apresenta a seguinte condição: _____

Declaro, para a inclusão/alteração da informação na Carteira de Identidade, que se trata de paciente que apresenta _____ (**diagnóstico, sintomas, deficiência ou incapacidade/descrever condição, em conformidade com terminologia CID**), CID nº _____, devendo constar da Carteira de Identidade a condição referente à pessoa com a seguinte deficiência: _____ (**deficiência auditiva, visual, cognitiva ou física**).

_____ (Município)/PR, _____ (data e ano)

(Nome/Especialidade/CRM do Médico)

(Assinatura do Médico)