

CERTIFICADO MÉDICO

ATESTADO MÉDICO

El/la Dr./Dra. _____ con CRM¹
O/a Dr./Dra. _____ com CRM¹ _____

con consulta en (dirección)
com atendimento 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
passaporte n^o _____ 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: _____ / _____ / 201____

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