

ATESTADO MÉDICO DE NOTORIAMENTE INCAPAZ

Preferencialmente em papel timbrado de
Secretaria de Saúde de Estado ou
Município

1. Atesto, gratuitamente, atendendo solicitação da Junta de Serviço Militar do município de _____, que examinei clinicamente em ____ de _____ de 20____, o Sr _____, portador do Certificado de Alistamento Militar nº _____, da Carteira de Identidade nº _____, CPF nº _____, verificando que o mesmo é portador da patologia abaixo especificada, incompatível com atividades militares.

2. Diagnóstico (CID):

a. Nº _____
b. Nome: _____

3. Identificação do médico

a. Nome completo : _____
b. Endereço: _____
c. CRM nº _____
d. Estado de Inscrição no CRM: _____

_____, _____, _____ de _____ de _____
(Cidade) (UF) (Data)

(Assinatura e carimbo com o nº CRM)