MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

ATESTADO MÉDICO
(artigo 26.º n.º 1 do RHLC)

(Nome) _____,
Médico portador da Cédula Profissional n.º _____ ou,
Autoridade de Saúde em _____ ou,
Presidente de Junta Médica da Região de Saúde de _____

Atesta que:
Nome _____,
residente em _____,
|__|__|__|__|-|__|__|__|, data de nascimento _____/___/_____, natural de_____
_____, portador do BI/CCid. n.º __|__|__|__|__|__|__|__|__|,
emitido por _____, válido até _____/___/___ e da carta/licença de condução com o número |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

(Tem ou não tem) _____ aptidão física e mental para a condução de veículos do _____

Grupo 1 ☐ (_____) Grupo 2 ☐ (_____)

Com as seguintes restrições e/ou adaptações (se aplicável)
_____
_____
Observações: _____
_____
_____
Data _____, _____ de _____ de 2_____

Assinatura _____

Vinheta