

CERTIFICADO MÉDICO

ATESTADO MÉDICO

Dr/Dra.

O/a Dr/a. _____

CRM¹

residente en

CRM¹ _____

residente em _____

CEP²

Localidad

Estado

CEP² _____

Cidade _____

Estado _____

DECLARA:

DECLARA:

Que D/D^a.

en posesión del

Que o/a Sr/a. _____

portador/a do

pasaporte n^o

no padece ninguna de las siguientes alteraciones:

passaporte n^o _____

não padece de nenhuma das seguintes alterações:

enfermedades cuarentenarias tales como cólera, fiebre amarilla, peste, etc., contempladas
Enfermidades quarentenárias tais como cólera, febre amarela, peste etc., contempladas

en el Reglamento Sanitario Internacional.

no Regulamento Sanitário Internacional.

Lo que certifico en

E por ser verdade assino o presente em _____

Fecha:

Data: ____ / ____ / 20____

Firma y sello del Médico con firma reconocida

Assinatura e carimbo do Médico com firma reconhecida

VÁLIDO DURANTE 40 DÍAS

VÁLIDO DURANTE 40 DIAS

1: Consejo Regional de Medicina – Conselho Regional de Medicina

2: Código de dirección postal – Código de Endereço Postal