

ATESTADO MÉDICO DE NOTORIAMENTE INCAPAZ

1. Atesto, gratuitamente, atendendo solicitação da Junta de Serviço Militar do município de Palmas / TO, que examinei clinicamente em ____ de _____ de 20____, o Sr: _____ portador do Certificado de Alistamento Militar nº _____, verificando que o mesmo é portador da patologia abaixo especificada, incompatível com as 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: _____

Palmas, TO, ____ de _____ de 20____

(Assinatura e carimbo com o nº CRM)