

ANEXO II
Modelo do Atestado Médico
(artigo 26.º n.º 1 do RHLC)**MINISTÉRIO DA SAÚDE**
DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE**ATESTADO MÉDICO**

(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 (_____) Grupo 3 (_____)

Com as seguintes restrições e/ou adaptações (se aplicável)

Observações: _____

Data _____, _____ de _____ de 2 _____

Assinatura _____