



**DADOS PESSOAIS**

A SER PREENCHIDO PELO(A) CANDIDATO(A).

<b>Nome completo</b>		<b>Sexo</b>	<b>Data de Nascimento</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>
<b>RG</b>	<b>CPF</b>	<b>Nome da mãe</b>		<b>Nome do Pai</b>	
<b>Endereço Residencial: (Nome da Rua, Avenida, Estrada, etc)</b>			<b>Nº</b>	<b>Complemento: Casa, Aptº. (Bloco)</b>	
<b>Bairro</b>		<b>Cidade</b>			<b>Estado</b>

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO.

**ATESTADO MÉDICO**

O(A) paciente: \_\_\_\_\_  
 passou por avaliação médica na presente data e não apresenta sinais ou sintomas compatíveis com Hanseníase ou Tuberculose.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
 Carimbo com número do CRM e assinatura