



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE E ASSUNTOS SOCIAIS, IP-RAM

ATESTADO MÉDICO

(artigo 26.º n.º 1 do Regulamento da Habilitação Legal para Conduzir)

(Nome) _____

Médico portador da Cédula Profissional n.º _____

Autoridade de Saúde em _____ ou,

Presidente de Junta Médica da Região de Saúde de _____

Atesta que:

(Nome) _____

residente em _____

nascido a ___/___/_____, natural de _____, portador do documento de
identificação _____ com o n.º _____ e válido até ___/___/_____,
com o NIF _____ e da carta/licença de condução com o n.º _____.

Está (Apto ou Inapto) _____ para a condução de veículos da(s) seguinte(s)

categoria(s) do grupo 1: _____

Está (Apto ou Inapto) _____ para a condução de veículos da(s) seguinte(s)

categoria(s) do grupo 2: _____

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

Observações:

Vinheta Local
Prescrição

Data de emissão: ___/___/_____

Assinatura do Médico

Vinheta Médico