



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
GOVERNO REGIONAL  
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE, 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