

ATESTADO MÉDICO

Eu, Dr.(a) _____, atesto sob pena de responsabilidade civil e criminal que, após clinicamente examinado o paciente Sr./Sra. _____, RG _____, CPF _____, residente e domiciliado(a) na _____, segundo os procedimentos e protocolos médicos aplicáveis ao caso, com respaldo ético e científico nas orientações oriundas do Conselho Federal de Medicina, declaro que referido(a) paciente goza de plena sanidade mental, sendo capaz de se comportar/orientar segundo sua vontade e está em perfeito juízo clínico para compreensão de fatos que lhe são apresentados, não tendo sido submetido à medicação que lhe ocasione variação mental, e não é portador(a) de moléstia que lhe afete as faculdades mentais, estando plenamente apto a praticar todos os atos da vida civil, em especial outorgar procuração, não incorrendo nas incapacidades civis arroladas nos arts. 3º e 4º do Código Civil (Lei 10.406/2002).

São Paulo, ___ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do(a) Médico(a) e respectivo CRM