**ATESTADO MÉDICO PARA PARTICIPAÇÃO EM INTERCÂMBIO NO EXTERIOR EMITIDO POR MÉDICO**

Atesto que o(a) Sr(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, foi por mim examinado(a) e apresenta plenas condições físicas e mentais de saúde para a realização de intercâmbio no exterior, não sendo considerado(a) do grupo de risco para a COVID-19.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(local) (data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(assinatura do(a) médico(a)

Carimbo com CRM.