

## CERTIFICADO MÉDICO

(Aplicação da Lei de 15/12/1980 relativa ao acesso ao território, permanência, estabelecimento e alienação dos estrangeiros)

Eu, abaixo assinado Doutor em medicina (nome completo).....  
.....

**Certifica** que examinei Sr./Sra./Sra. (nome completo).....  
.....

Nacionalidade.....

Data e local de nascimento.....

Residindo em. ....

**E o encontrou livre das seguintes doenças que podem pôr em perigo a saúde pública:**

1. Doenças que requerem quarentena, tal como previsto no Regulamento Sanitário Internacional da Organização Mundial de Saúde, assinado em Genebra em 23 de maio de 2005;
2. Tuberculose pulmonar ativa ou progressiva;
3. Outras doenças contagiosas ou transmissíveis por infecção ou parasitas, se estiverem sujeitas na Bélgica a disposições de proteção dos nacionais.

Emitido em  
.....  
.....

Assinatura do médico.....

Carimbo do consultório médico.....  
.....

Se aplicável, Visto da Embaixada, Consulado Geral ou Consulado Em..... ..... .....	(Selo)
--	--------