ACES ALENTEJO CENTRAL
agrupamento de centros de saúde

REGISTO DE ENTRADA
N.º _____ Data:____/____/_____
Local:_____
Assinatura:_____

Requerimento

Junta Médica para Avaliação de Incapacidade

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

N.º Utente |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão n.º |__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|

Válido até ____/____/_____

Número Fiscal de Contribuinte |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

NATURALIDADE

Data de Nascimento:____/____/_____
Freguesia de_____ Concelho de_____

RESIDÊNCIA

(Rua/Lugar)_____ Código Postal_____-_____
Freguesia de_____ Concelho de_____
Telefone n.º_____ ou _____
Endereço de e-mail:_____

Vem solicitar ao abrigo do n.º1 do Art.º3 do Decreto-Lei n.º202/96, de 23 de Outubro, seja admitido a **Junta Médica para Avaliação de Incapacidade** para efeitos de:

☐ Obtenção de **Atestado Médico de incapacidade Multiuso**
(DL. n.º202/96 de 23/10 com redação dada pelo DL. n.º174/97 de 19/07 e republicado pelo DL. n.º291/2009 de 12/10)

☐ **Importação de veículo automóvel e outros** (Decreto Lei 103-A/90, de Março com a redação dada pelo Decreto-Lei n.º 259/93, de 22 Julho)

☐ Obtenção do **Cartão de Estacionamento para Pessoa com Deficiência** (DL. n.º 307/2003, de 10/12)

Informo ainda que:

☐ Nunca foi submetido a junta médica de avaliação do grau de incapacidade.
☐ Pedido de Renovação de atestado, data do último atestado ____/____/_____.
☐ Já foi submetido em ___/___/_____, pretendendo uma reavaliação.

Compromete-se a ser portador de toda a informação clínica respeitante à(s) doença(s) e/ou deficiência(s) que justifica(m) este pedido.

_____, _____ de _____ de 202___

_____

Assinatura

(O original fica na posse dos serviços e é entregue uma cópia ao utente.)

GOVERNO DE PORTUGAL

arsalentejo

ACeS Alentejo Central
Rua Manuel d'Olival n.º 16, 7000-610 Évora, Tel: 266 242 607
E-mail: jmi.aces@alentejocentral.min-saude.pt