REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ESTUÁRIO DO TEJO

Exmo.(a) Sr.(a) Presidente do conselho de Administração da ULS Estuário Tejo

Requerimento para Junta Médica de Avaliação de Incapacidade

Identificação	**Nome:** ..... **Utente SNS** |__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Profissão:** .....**Reformado** Sim ☐ Não ☐ **B.I. / Cartão Cidadão** |__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Válido até** ___/ ___/ _____ **Contribuinte** |__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Carta de Condução**: Não ☐Sim ☐ Nº |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Categorias .....
Naturalidade	**Data de nascimento** |__|__|-|__|__|-|__|__|__|__| **Freguesia de** ..... **Concelho de** .....
Residência	**Rua/ Lugar** ..... **Código Postal** |__|__|__|__|-|__|__|__| ..... **Freguesia de** ..... **Concelho de** ..... **Contacto telefónico** |__|__|__|__|__|__|__|__|__| **ou** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Vem solicitar a V. Ex.ª, que ao abrigo do n.º 1 do Art. 3º do Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de Outubro (alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 291/2009, de 12 de Outubro) seja admitido a **Junta Médica para Avaliação de Incapacidade** para efeito de:

- ☐ **Multiuso** (Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de Outubro com a redação dada pelo Decreto-Lei n.º 291/2009, de 12 de Outubro)
- ☐ **Importação de veículo automóvel** (Decreto-Lei n.º 22-A/2007, de 29 de Junho)
- ☐ **Cartão de estacionamento para pessoas com deficiência** (Decreto-Lei n.º 128/2017, de 09 de outubro)

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

Toma conhecimento que de acordo com o disposto no Dec-Lei nº 8/2011, alterado pelo Dec-Lei nº 106/2012 e pelo Artº 295º da Lei nº 114/2017 de 29/12, é cobrada uma taxa pela emissão do referido atestado, independentemente do valor de incapacidade atribuído, sendo 12.50€ no caso de um primeiro atestado e 5€ no caso de renovação/reavaliação.

....., ... de ..... de 20..... .....
(assinatura)

A preencher pelos serviços:	
1ª Avaliação ☐ Reavaliação ☐ Nº processo..... Assinatura _____	Verificada a identidade do utente através do respetivo cartão de cidadão com o nº.....válido até...../...../..... Verificados NIF e nº utente SNS

Unidade Local de Saúde Estuário Tejo- Rua 25 de abril 2625-468 Forte da Casa
Telefone: 219535204/5/6 E-mail: jmai.estuariotejo@arslvt.min-saude.pt