REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ars lvt LISBOA E VALE DO TEJO

ACES LX OCIDENTAL E OEIRAS

Unidade de Saúde Familiar Santo Condestável

1ª Avaliação ☐
Reavaliação ☐

Exmo. Senhor
Presidente da Junta Médica de Avaliação
de Incapacidade
do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

Identificação

(nome).....
Utente nº |___|___|___|___|___|___|___|___|___|
Bilhete de Identidade / CC nº |___|___|___|___|___|___|___|___|___|
Emitido em |___|___| - |___|___|-|___|___|___|___| Válido até |___|___| - |___|___|-|__|__|__|__|
Número de Identificação Fiscal |___|___|___|___|___|___|___|___|___|
Data de Nascimento |___|___| - |___|___|-|___|___|___|___|

Naturalidade

Freguesia .....
Concelho .....
Distrito .....
País .....

Residência

(rua / lugar).....
Código postal |___|___|___|___| - |___|___|___|.....
Freguesia ..... Concelho .....
Telefone nº |___|___|___|___|___|___|___|___|___| ou |___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Vem requerer a V.Exa, ao abrigo do nº1 do Art. 3º do Decreto-Lei nº 202/96, de 23 de Outubro, com a redação dada pelo Decreto-Lei nº 174/97, de 19 de Julho, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº291/09, de 12 de Outubro, a avaliação do seu grau de incapacidade para efeito de:

|__| Atestado Médico de Incapacidade Multiuso (Dec. Lei nº 202/96, de 23 de Outubro)

|__| Importação de Veículo Automóvel e outros (Lei nº 22-A/2007, de 29 de Junho)

|__| Cartão de Estacionamento de Modelo Comunitário (Dec. Lei nº 128/2017, de 9 de Outubro)

Anexando toda a informação clínica respeitante à(s) doenças e / ou deficiência(s) que fundamenta(m) este pedido.

Pede deferimento

....., ... de..... De 202..

.....
(assinatura)

Documentos Anexos: nº_____ Descrição_____