ULSAM UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE	**Requerimento** **Junta Médica para Avaliação de Incapacidade**	Pág. 1 de 1

Registo de Entrada

N.º _____ Data ____/____/_____

Exma. Senhora
Diretora Clínica dos Cuidados de Saúde Primários
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE.

IDENTIFICAÇÃO

(Nome) _____

Utente N.º |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Emitido pelo D.S.I.C. de _____ em |_|_| - |_|_| - |_|_|

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 |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Vem solicitar a V. Exª, que ao abrigo do n.º 1 do Art.º 3.º do Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de outubro seja admitido a **Junta Médica para Avaliação de Incapacidade** para efeito de:

- ☐ Obtenção de **Atestado Médico de Incapacidade Multiuso**
  (DL. n.º 202/96 de 23/10 com redação dada pelo DL. nº 174/97 de 19/07 e republicado pelo DL. n. º 291/2009 de 12/10)
- ☐ Isenção do **Imposto sobre Veículos** (Lei n.º 22-A/2007 de 29/06)
- ☐ Obtenção do **Cartão de Estacionamento para Pessoa com Deficiência** (DL. n.º 307/2003, de 10/12)

Informa ainda que:

- ☐ Nunca foi submetido a junta médica de avaliação do grau de incapacidade
- ☐ 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.

Pede deferimento,

_____, ____ de _____de_____

_____