

Ex.mo Senhor

Delegado de Saúde Regional Adjunto

Nome: _____

n.º de identificação civil _____ válido até ____/____/____

n.º utente SNS _____ NIF _____

Data de nascimento ____/____/____ Idade ____ anos

Profissão _____

Natural da Freguesia de _____ Concelho de _____

Residência _____

Código Postal _____ Freguesia _____

telefone nº _____ ou _____

vem solicitar a V. Ex^ª que se digne determinar que, nos termos do n.º 1 do Art.º 3.º do 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, seja submetido/a a Junta Médica para avaliação de incapacidade para efeito de emissão de Atestado Multiuso, comprometendo-se a ser portador de toda a informação clínica respeitante à(s) doença(s) e/ou deficiência(s) que justificam este pedido.

1.ª vez

Reavaliação (entrega de cópia do atestado anterior)

Pede deferimento

Observações:

Lisboa, _____ de _____ de 20 _____

(assinatura)