

Exma. Senhora  
Delegada de Saúde Regional do Norte

Identificação

Nome \_\_\_\_\_

N.º Utente SNS | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

BI/CC | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | Válido até | \_ | \_ | \_ | - | \_ | \_ | \_ | - | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

N.º Contribuinte | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Naturalidade

Freguesia \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_

Data de nascimento: | \_ | \_ | \_ | - | \_ | \_ | \_ | - | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | Profissão: \_\_\_\_\_

Residência

Concelho:  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Rua \_\_\_\_\_

Freguesia \_\_\_\_\_

Código Postal | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | - | \_ | \_ | \_ | \_ | \_\_\_\_\_

Telefone n.º | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | ou | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Vem solicitar a V. Ex.ª, que ao abrigo do Decreto de Lei n.º 291/2009, de 12 de Outubro seja admitido(a) a Junta Médica para Avaliação do grau de incapacidade para efeitos de:

- Multiuso (Decreto de Lei n.º 291/2009, de 12/10, art.º 4º, n.º 7)

- Importação de veículo automóvel e outros (Lei n.º 22-A/2007, de 29/06)

- Dístico de estacionamento (Decreto de Lei n.º 307/2003, de 10/12)

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

Informa ainda que:

Nunca foi submetido(a) a Junta Médica de avaliação do grau de incapacidade

Já foi submetido(a) em (data) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, pretendendo uma reavaliação.

Pede deferimento

(data) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

(assinatura conforme BI ou CC)

**Horário de atendimento ao Público 09:00h às 12:00h – 14:00h às 16:00h**

**NOTA IMPORTANTE:** Caso o utente mude de residência ou faleça, pedimos que seja dado conhecimento aos nossos serviços.