



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<sup>ª</sup> 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)