



Ministério da Saúde

Atestado Médico de Incapacidade Multiuso

ARS _____
ACES _____
JM n.º _____
Reg. n.º _____/_____/_____/_____

Junta Médica

Presidente:
Dr. _____

Utente

Nome _____
Residência _____ Código Postal _____ - _____
Freguesia Concelho Distrito
Data de Nascimento _____ NIF _____
BI/CC/Passaporte n.º _____ Cartão Residência n.º _____ / ____ / _____

Avaliação da Incapacidade

Atesto que, de acordo com da TNI - Anexo I, aprovada pelo Decreto-Lei nº 352/2007, de 23 de Outubro, o utente é portador de deficiência que, nesta data e conforme o quadro seguinte, lhe confere uma incapacidade permanente global de : _____

% - (_____ Por extenso _____),
susceptível de variação futura, devendo ser reavaliado no ano de _____

Capítulo	Número	Alinea	Coeficiente	Capacidade restante	Desvalorização

Grau de Incapacidade ,

TNI
Anexo I
aprovada pelo DL
nº 352/2007, de
23 /10

DL n.º 202/96
c/ a redacção do
DL n.º 291/2009,
de 12/10
(Artigo 4.º nº 7)

Declaro que o utente é portador de deficiência, que de acordo com os documentos arquivados neste Serviço lhe conferiram em _____ / ____ / _____ pela TNI aprovada pelo Decreto-Lei nº ____ / ____, de _____ o grau de incapacidade de : _____

% - (_____ Por extenso _____),

Discriminação da deficiência

Lei nº
22 - A/2007,
de 29/06

DL nº
307/2003,
de 10/12

GRAU % - (_____ Por extenso _____),

NATUREZA
art. 55º, nº 1,
a) b) c) d)

Aptidão para condução

GRAU % - (_____ Por extenso _____),

NATUREZA
art. 2º e 3º

Obs.

Presidente da Junta Médica

Ass: _____ Data _____ / ____ / _____