

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.