

**Exmo./a Senhor/a  
Diretor/a Executivo/a**

**Identificação**

Nome \_\_\_\_\_

Utente do SNS nº |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Bilhete de Identidade / CC nº |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Emitido pelo D.S.I.C. de \_\_\_\_\_ em |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Válido até |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| N° Cont. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Naturalidade**

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

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

**Residência**

Rua \_\_\_\_\_

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

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

Telefone nº |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ou |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Vem solicitar a V. Ex.<sup>a</sup>, que ao abrigo do nº 1 do art. 3º do Decreto – Lei nº 291 / 2009 de 12 de outubro seja admitido a Junta Médica para Avaliação do grau de incapacidade para efeito de:

|\_|\_| - Multiuso (Decreto-Lei nº 202/96, de 23 de outubro com a redação dada pelo Decreto-Lei nº 174/97 de 19 de julho)

|\_|\_| - Importação de veículo automóvel e outros (Lei nº 22-A/2007 de 29 de junho)

|\_|\_| - Dístico de estacionamento (Dec. Lei nº 307/2003 de 10 de dezembro)

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 de que:

|\_|\_| Nunca foi submetido a Junta Médica de avaliação do grau de incapacidade.

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

Pede deferimento

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

\_\_\_\_\_  
(assinatura)