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 **nº** _____ **C**artão **R**esidência **nº** _____ ___ /___ / _____

Avaliação da Incapacidade

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

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	Alínea	Coeficiente	Capacidade restante	Desvalorização

Grau de Incapacidade ☐,☐☐☐

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

GRAU	☐☐☐ % - (_____), *Por extenso*
NATUREZA art. 55º, n.º 1, a) b) c) d)	_____
Aptidão para condução	_____

DL nº 307/2003, de 10/12

GRAU	☐☐☐ % - (_____), *Por extenso*
NATUREZA art. 2º e 3º	_____

Obs.

Presidente da Junta Médica

Ass: _____ **Data** _____ / _____ / _____

Mod DGS/ASN /01/2009