



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 _____

Cartão Residência nº _____ / ____ / ____

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	Alínea	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, n.º 1,
a) b) c) d)

Aptidão para
condução

GRAU

% - (_____),

Por extenso

NATUREZA

art. 2º e 3º

Obs.

Presidente da
Junta Médica

Ass: _____ Data ____ / ____ / ____