REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
TÂMEGA E SOUSA

Junta Médica de Avaliação de Incapacidade

jmai@ulsts.min-saude.pt

Decreto Lei 10A/2020 de 13 de março de 2020, com a redação dada pelo Decreto Lei n.º 24-A/2020, de 29 de maio

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração da ULSTS, EPE

IDENTIFICAÇÃO

Nome _____
Utente n.º |__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Cartão de Cidadão n.º |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Válido até |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|
Contribuinte N.º |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

NATURALIDADE

Data de nascimento |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|
Freguesia _____, Concelho _____

RESIDÊNCIA E CONTACTOS

Rua _____
Código Postal |__|__|__|__| - |__|__|__| _____
Freguesia de _____, Concelho de _____
Telefone n.º |__|__|__|__|__|__|__|__|__| ou |__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Endereço de e-mail: _____

Vem solicitar a V. Ex.ª, ao abrigo do Decreto Lei n.º 352/2007 de 23 de outubro, que seja admitido(a) a Junta Médica para Avaliação do Grau de Incapacidade para efeito de:

|__| - Multiuso (Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de outubro)

|__| - Importação de veículo automóvel e outros (Decreto Lei n.º 103-A/90 com a nova redação dada pelo Decreto-Lei n.º 259/93, de 23 de julho.
Comprometendo-se a ser portador(a) de toda a informação clínica respeitante à(s) doença(s) e/ou deficiência(s) que justifica(m) este pedido.

|__| - 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) a Junta Médica de Avaliação do Grau de Incapacidade.
|__| - Já foi submetido (a) a Junta Médica em, ____/____/_____, pretendendo a sua reavaliação.

Pede deferimento

_____, _____ de _____ de 20_____

_____
(Assinatura)