

**A preencher pelo Gab. JM**

Utente contactado em:

Dia e hora da JM:

[juntasmedicas.arcoribeirinho@arslvt.min-saude.pt](mailto:juntasmedicas.arcoribeirinho@arslvt.min-saude.pt)

Exmo/a. Senhor/a Presidente da Junta Médica  
de Avaliação de Incapacidades de Alcochete, Barreiro, Moita e Montijo:

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	<b>Nome:</b>																
	<b>Utente N.º</b>																
	<b>Cartão Cidadão N.º (*)</b>																
	<b>Emitido pelo S.I.C:</b>										<b>em</b>						
	<b>Válido até:</b>																
	<b>N.º de Contribuinte</b>																
<b>NATURALIDADE</b>	<b>Data Nascimento:</b>																
	<b>Freguesia de:</b>										<b>Concelho de:</b>						
<b>MORADA FISCAL</b>	<b>Rua / Lugar:</b>																
	<b>Código Postal:</b>																
	<b>Freguesia de:</b>										<b>Concelho de:</b>						
	<b>Contacto 1</b>																
	<b>Contacto 2</b>																
<b>@ E-mail</b>																	

(\*) BI, Passaporte, Título de Residência.

Vem solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> que, ao abrigo do n.º 1 do Artigo 3º do Decreto-lei n.º 202/96, de 23 de outubro, com as posteriores alterações, seja admitido a Junta Médica para Avaliação de Incapacidade para efeito de emissão de atestado:

- Multiuso (Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de outubro, com as posteriores alterações)
- Importação de Veículo Automóvel e/ou Outros (Lei n.º 22-A/2007, de 29 de junho) e/ou Decreto-Lei n.º 307/2003, de 10 de dezembro, com as posteriores alterações
- Cartão de estacionamento para pessoas com deficiência (Decreto-Lei n.º 128/2017 de 09 de Outubro)

Compromete-se a entregar toda a informação clínica respeitante à(s) doença(s) e / ou deficiência(s) que justifica(m) este pedido.

Toma conhecimento que, de acordo com o disposto do Dec-Lei n.º 8/2011, de 11 de janeiro, com as posteriores alterações, poderá ser cobrada uma taxa até 12.5€ pela emissão do referido Atestado, independentemente do valor de incapacidade atribuído.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura

A preencher pelos serviços:

**Data/Carimbo de Entrada:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

1ª Vez  Reavaliação

12.5€

5€

Confirmação do B.I ou do Cartão de Cidadão

Confirmação do N.º de Contribuinte

N.º de relatórios médicos \_\_\_\_\_

Meios Complementares de Diagnóstico \_\_\_\_\_

**O pagamento pode ser efetuado por Multibanco**