



S. R.
REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

Atestado Médico de Incapacidade Multiuso

Instituto de Administração
da Saúde, IP-RAM

Reg. n.º /

Junta Médica

Presidente:
Dr. _____

Utente

Nome _____

Residência _____

Código Postal -

Freguesia _____

Concelho _____

Distrito _____

Data de Nascimento

NIF

BI/CC/Passaporte n.º Cartão Residência n.º _____/_____/_____

Avaliação da Incapacidade

Atesto que, de acordo com a TNI - Anexo I, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 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),
suscetível de variação futura, devendo ser reavaliado no ano de _____

Capítulo	Número	Alínea	Coefficiente	Capacidade restante	Desvalorização

TNI
Anexo I
aprovada pelo
DL
n.º 352/2007, de
23 /10

Grau de Incapacidade ,

DL n.º 202/96
c/ a redação do
DL n.º 291/2009,
de 12/10
(Artigo 4.º n.º 7)

Declaro que o utente é portador de deficiência, que de acordo com os documentos arquivados neste Serviço lhe conferiram em ____/____/____ pela TNI aprovada ____/____/____, de

_____ o grau de incapacidade de: _____
 % - (_____ Por extenso),

Descriminação da deficiência

Lei n.º
22-A/2007,
de 29/06

GRAU

% - (_____ Por extenso),

NATUREZA

Art.º 55.º, n.º 1,
a), b), c) e d)

Aptidão para
condução

GRAU

% - (_____ Por extenso),

NATUREZA

art.º 4.º, n.º 1, a), b) e c)

DL n.º 307/2003,
de 10/12 c/ a
redação do
DL n.º 128/2017,
de 09/10

Obs.

Presidente da
Junta Médica

Ass: _____ Data ____/____/____