Anexo

REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE E DESPORTO

Atestado Médico de Incapacidade Multiuso

Lei nº14/2021, de 6 de abril e Decreto-Lei n. º1/2022 de 3 de janeiro

Hospital	
Serviço	
Reg n. º	

Médico especialista	**Dr.**

Utente

Nome			
Residência		**Código Postal**	-
	Freguesia	Concelho	
Data de Nascimento	/ /	**NIF**	**Nº Utente**
Cartão de Cidadão / BI / Aut. Residência Nº			

Avaliação da incapacidade

Atesto que, de acordo com a 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: ----------

60% (sessenta por cento)

susceptível de variação futura, devendo ser reavaliado no ano de …

Capítulo	Número	Alínea	Coeficiente	Capacidade restante	Desvalorização
XVI	IV				0,6000

Grau de incapacidade 0,6000

TNI

Anexo I

aprovada pelo DL n.º 352/2007, de 23/out

O médico especialista	**Ass:** _____ Data: / /

Adaptado do modelo aprovado pelo Despacho nº 8793/2022, de 19 de julho de 2022