



JORNAL OFICIAL

I SÉRIE – NÚMERO 18
QUARTA-FEIRA, 3 DE FEVEREIRO DE 2010

ÍNDICE:

SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

Despacho Normativo n.º 8/2010:

Aprova o modelo de atestado médico de incapacidade multiuso. Revoga o Despacho Normativo n.º 30/2000, de 20 de Janeiro.

**JORNAL OFICIAL****S.R. DA SAÚDE****Despacho Normativo n.º 8/2010 de 3 de Fevereiro de 2010**

Tendo em consideração a necessidade de ajustar o modelo de atestado médico de incapacidade multiuso, aprovado pelo Despacho Normativo n.º 30/2000, de 20 de Janeiro, às alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 291/2009, de 12 de Outubro, ao regime de avaliação de incapacidade das pessoas com deficiência constante no Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de Outubro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 174/97, de 19 de Julho, aplicado à Região Autónoma dos Açores, com as necessárias adaptações, pelo Decreto Legislativo Regional n.º 31/99/A, de 17 de Dezembro.

O Secretário Regional da Saúde, nos termos do n.º 3 do artigo 3.º do Decreto Legislativo Regional n.º 31/99/A, de 17 de Dezembro, determina o seguinte:

- 1-É aprovado o modelo de atestado médico de incapacidade multiuso, anexo ao presente despacho normativo, do qual faz parte integrante.
- 2-É revogado o Despacho Normativo n.º 30/2000, de 20 de Janeiro.

13 de Janeiro, de 2010. - O Secretário Regional da Saúde, *Miguel Fernandes Melo de Sousa Correia*.



ANEXO

(Modelo de atestado médico de incapacidade multiusos)

 Região Autónoma dos Açores Secretaria Regional da Saúde	Atestado Médico de Incapacidade Multiuso	CS/USI _____ JM n.º _____ Reg. n.º _____/_____/____																																																																		
Junta Médica	Presidente: _____ Dr. _____																																																																			
Utente	Nome _____ Residência _____ Código Postal _____ Freguesia Concelho União Data de Nascimento ____/____/____ NIF _____ BI/CC/Passaporte nº ____/____/____ Cartão Residência nº ____/____/____																																																																			
Avaliação da Incapacidade TNI Anexo I aprovada pelo DL nº 352/2007, de 23/10	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 : % - (_____), Por estenso susceptível de variação futura, devendo ser reavaliado no ano de ____/____/____ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #d9ead3;"> <th>Capítulo</th> <th>Número</th> <th>Alínea</th> <th>Coefficiente</th> <th>Capacidade restante</th> <th>Desvalorização</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> Grau de Incapacidade ,		Capítulo	Número	Alínea	Coefficiente	Capacidade restante	Desvalorização																																																												
Capítulo	Número	Alínea	Coefficiente	Capacidade restante	Desvalorização																																																															
Discriminação da deficiência Lei nº 22 - A/2007, de 29/06 DL nº 307/2003, de 10/12	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 estenso <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"> GRAU % - (_____), Por estenso </td> <td style="width: 70%;"> NATUREZA art. 5º, n.º 1, a) b) c) d) </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Aptidão para condução </td> </tr> <tr> <td> GRAU % - (_____), Por estenso </td> <td> NATUREZA art. 2º e 3º </td> </tr> </table>		GRAU % - (_____), Por estenso	NATUREZA art. 5º, n.º 1, a) b) c) d)	Aptidão para condução		GRAU % - (_____), Por estenso	NATUREZA art. 2º e 3º																																																												
GRAU % - (_____), Por estenso	NATUREZA art. 5º, n.º 1, a) b) c) d)																																																																			
Aptidão para condução																																																																				
GRAU % - (_____), Por estenso	NATUREZA art. 2º e 3º																																																																			
Obs.	_____																																																																			
Presidente da Junta Médica	Ass: _____ Data ____/____/____																																																																			

Adaptado do Mod DGS/IASN 01/2009