



AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE

Nome completo

_____ ano _____ mês _____ dia

Nome completo

☐ **não pode** deslocar-se para realizar o exame médico

Ano Mês Dia

[illegible]

SVI 7/2026 (Página 1 de 2)

Informação médica

A PREENCHER PELO MÉDICO

Declaro, por minha honra, que _____
portador de documento de identificação civil n.º _____, válido até _____, sofre de:

(Descrição sumária do seu estado de saúde)

A PREENCHER PELO MÉDICO

Diagnósticos incapacitantes ou de situação de deficiência e/ou dependência:

[illegible]

A pessoa examinada está impossibilitada de se deslocar? ☐ Sim ☐ Não Se **Sim**, qual o motivo: _____

Existe contraindicação e/ou impedimento de deslocação em ambulância da pessoa examinada? ☐ Sim ☐ Não Se **Sim**,
indique qual: _____

A pessoa examinada sofre de ferimento ou de doença abrangida pela legislação de:

Acidente de trabalho ☐ Sim ☐ Não Doenças profissionais ☐ Sim ☐ Não

ano mês dia

Assinatura do médico

Vinheta Médica/Carimbo