

Declaração médica

É favor preencher a declaração médica que ateste as circunstâncias em que se encontra o cliente.

Eu _____ médico, portador da cédula profissional nº _____, emitida em ____/____/____ pela _____ atesta que o(a) Sr(a) _____ residente em _____ freguesia de _____ concelho de _____ nascido a ____/____/____ em _____ portador do BI/CC _____ válido até ____/____/____ e do Número de Identificação Fiscal _____, é portador de incapacidade _____ e/ou necessita, para sua sobrevivência, de meios auxiliares de apoio à vida, refletido no equipamento de suporte _____, o qual é alimentado por energia elétrica.

Data ____ - ____ - ____

Por ser verdade assino a presente declaração

(assinatura do Médico + Vinheta)