



## Dados de Identificação do Titular

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)