



- 5 Os docentes dos quadros das Regiões Autónomas colocados em Destacamento por Condições Específicas (DCE) no Concurso de 2009/2010 e que mantiveram a situação de doença ou deficiência em 2010/2011 não poderão alterar a situação de doença ou deficiência, sendo-lhes vedada a opção de resposta “Não”.

A situação de doença ou deficiência assinalada e comprovada no concurso do ano escolar transacto mantém-se para o ano escolar de 2011/2012?

Os campos a verde são de preenchimento obrigatório.

[Anterior](#) [Gravar](#) [Sair](#) [Seguinte](#)

- 6 Ao seleccionarem a opção “SIM” e carregarem no botão **Seguinte** os docentes irão aceder ao formulário preenchido com os dados de identificação pessoal e da situação de doença introduzidos no concurso de 2010.

**Para efeitos de permanência em DCE, não é permitida a alteração do requisito indicado pelos docentes na candidatura de 2010 (alíneas do n.º 1 do art.º 44.º do Decreto-Lei n.º 20/2006 de 31 de Janeiro, na redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro).**

**Apenas os dados relativos ao médico (nome, n.º cédula, etc.) poderão ser alterados, encontrando-se todos os outros inacessíveis.**

Depois de verificar a correcção de todos os dados deve introduzir a palavra-chave e carregar no botão **submeter**.

- 7 Surgirá então um alerta para confirmação da opção seleccionada:

**Confirmação da Submissão**

Ao submeter está a confirmar os seus dados. Tem a certeza de que deseja prosseguir?

[Confirmar](#) [Cancelar](#)

Se o docente desejar corrigir dados do médico ou alterar a sua opção, deve seleccionar **Cancelar**, podendo, então, proceder à pretendida rectificação.

- 8 Caso pretenda submeter, deverá carregar em **Confirmar**, submetendo assim, definitivamente, os seus dados.

**ATENÇÃO: O docente apenas poderá submeter uma vez o relatório médico. Uma vez submetido, os dados são inalteráveis, nesta fase do concurso.**

- 9 Para comprovar a permanência da situação de doença ou deficiência que originou o Destacamento, o docente deve imprimir o «Relatório Médico» para ser preenchido, confirmado pelo médico e, posteriormente, enviado por via electrónica à DGRHE.

Número de Candidato: 00000000000 Nome: Paulo Roberto de Jesus Rodrigues

## 7 Justificação para Destacamento por Condições Específicas

### 7.1 Fundamento para DCE por ordem de prioridade

Affiliato al Museo di Storia della Scienza e della Tecnologia dell'Università di Roma Tor Vergata, con sede nella via della Ricerca Scientifica, n. 100, Roma, Italia. E-mail: [marco.ferraro@uniroma2.it](mailto:marco.ferraro@uniroma2.it)

7.1.1 Nos casos da alínea a) indique qual a doença de que o candidato, o cônjuge, pessoa com quem vive em união de facto, ascendente ou o descendente é portador

## 7.2 Identificação do elemento justificativo da candidatura

**Consentimento:**

Autorizo o médico acima identificado a divulgar, para efeitos de destacamento por condições específicas, previsto no art. 44.º do DL n.º 20/2006, de 31 de Janeiro, com a redacção dada pelo DL n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro, a doença de que padeço:

**É imprescindível a assinatura do doente ou do representante legal, dando o seu consentimento para a divulgação da doença de que padece.**

Assinatura do doente ou representante legal:

Relatório Médico - Espaço Reservado ao médico:

Condições específicas (assinalar o adequado):

- É portador de doença incapacitante, nos termos do Despacho Conjunto A-179/89-XI, de 12 de Setembro:
- Sim ☐ Não ☐
- Junta Cópia do Certificado Multissu:
- Sim ☐ Não ☐
- É portador de doença ou deficiência que exija tratamento e apoio específico, ou apenas um deles, que só possam ser assegurados fora do concelho do agrupamento de escolas ou escola não agrupada em que se encontrem colocados ou que dificulte a locomoção, exigindo meios auxiliares de locomoção:
- Sim ☐ Não ☐
- É portador de doença do foro psiquiátrico:
- Sim ☐ Não ☐
- O doente tem de receber o seguinte tratamento / apoio \_\_\_\_\_ prestado no estabelecimento de prestação de cuidados de saúde.
- \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_.
- Junta-se a declaração de entidade prestadora de cuidados de saúde:
- Sim ☐ Não ☐
- Tem a seu cargo o familiar supra identificado, portador de doença ou deficiência nos termos mencionados na alínea anterior e que exige um constante e especial apoio a prestar em determinado concelho:
- Sim ☐ Não ☐

**Observações clínicas:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

## Colocação de Vinheta do Médico/Carimbo do Médico ou Carimbo da Instituição Hospitalar

Coloque neste espaço a Vinheta do Médico / Carimbo do Médico (nome e n.º de cédula profissional) / Carimbo da Instituição Hospitalar.

Confirmação da Junta Médica Regional do Ministério da Educação

Confirmação pela Junta Médica da Direcção Regional d \_\_\_\_\_  
(nos termos do n.º 2 do art.º 45.º do DL n.º 20/2006, de 31 de Janeiro, com a redacção dada pelo DL n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro) - Apenas para doenças do foro  
psiquiátrico:

- Confirma-se a situação clínica acima mencionada:  
Sim ☐ Não ☐

O presidente da Junta Médica \_\_\_\_\_

Os Vogais Médicos \_\_\_\_\_,

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

10 Para efeitos de análise e validação pelos serviços, os docentes devem enviar por via electrónica, de acordo com o n.º 1.3 do capítulo V do Aviso n.º 9514-A/2011, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 79, de 21 de Abril ([Aviso de Abertura do Concurso](#)), no período de 10 a 31 de Maio de 2011, cópia do formulário electrónico do «Relatório Médico» (completo) devidamente preenchido e confirmado.

11 Nos casos de doença de foro psiquiátrico, o docente deve ser presente à junta médica regional do Ministério da Educação, de modo a ser confirmada a doença de que padece.

#### Confirmação da Junta Médica Regional do Ministério da Educação

Confirmação pela Junta Médica da Direcção Regional d \_\_\_\_\_  
(nos termos do n.º 2 do art.º 45.º do DL n.º 20/2006, de 31 de Janeiro, com a redacção dada pelo DL n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro) - Apenas para doenças do foro psiquiátrico:

• Confirma-se a situação clínica acima mencionada:

Sim ☐ Não ☐

O presidente da Junta Médica \_\_\_\_\_

Os Vogais Médicos \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sair



Instruções



Imprimir



12 A não comprovação da permanência da situação de doença ou deficiência (n.º 8 do artigo 44.º do Decreto-lei n.º 20/2006, de 31 de Janeiro, na redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro, conjugado com o n.º 6 do capítulo II do Aviso n.º 9514-A/2011, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 79, de 21 de Abril ([Aviso de Abertura do Concurso](#))) faz cessar o Destacamento por Condições Específicas para o ano 2011/2012.

O docente que não confirme a permanência da situação que permitiu essa colocação, terá acesso a submeter um novo relatório médico, onde poderá, entre outros, alterar o requisito indicado na candidatura de 2010 (alíneas do n.º 1 do art.º 44.º do Decreto-Lei n.º 20/2006 de 31 de Janeiro, na redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro).

## II - DESTACAMENTO POR CONDIÇÕES ESPECÍFICAS (DCE)

1 Os docentes dos quadros que formalizaram candidatura para efeitos de colocação em Destacamento por Condições Específicas (DCE) no Concurso de 2011/2012 devem, obrigatoriamente, aceder a aplicação informática “Relatório Médico”, no período de 03 a 30 de Maio de 2011, na página da Internet, em “Docentes - Concurso 2011 – serviços”.

2 Para poderem vir a beneficiar deste Destacamento, os docentes têm de apresentar documentos comprovativos da situação de doença ou deficiência, de acordo com o disposto no artigo 45.º do Decreto-Lei n.º 20/2006, de 31 de Janeiro, na redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro, conjugado com o n.º 6, Capítulo VIII, do Aviso n.º 9514-A/2011, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 79, de 21 de Abril ([Aviso de Abertura do Concurso](#)).

Seguente ➤

- Relatório Médico para Destacamento por Condições Específicas

Número de Candidato
8546584125

Nome
José Carlos Pereira Rodrigues

1
Identificação

1.1 Nome
José Carlos Pereira Rodrigues

1.2 Doc. de Identificação
Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão (n.º identificação civil)

1.3 Núm. do Documento
123456789

1.4 Data de Nascimento
1980-01-01

1.5 Género
Masculino

1.6 Nacionalidade
Portuguesa

1.7 NIF
1234567890

Morada

1.8 Morada
Rua do Exemplo, 123

1.9 Localidade
Lisboa

1.11 País
Portugal

1.12 Região
Lisboa

1.10 Código Postal
1000-000

Contacto

1.13 Telefone
212345678

1.14 Email
jcarlos@exemplo.pt

7
Justificação para Destacamento por Condições Específicas

7.1 Fundamento para DCE por ordem de prioridade

Alinea a) do n.º 1 do art. 44.º do DL n.º 28/2006, de 31 de Janeiro, com a redacção dada pelo DL n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro - Docentes, cônjuge, a pessoa

☐ com quem vivam em união de facto, ascendente ou descendente portadores de doença incapacitante, nos termos do despacho conjunto A-179/89-XI, de 12 de Setembro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 219, de 22 de Setembro de 1989;

Alinea b) do n.º 1 do art. 44.º do DL n.º 28/2006, de 31 de Janeiro, com a redacção dada pelo DL n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro - Docentes portadores de doença

☐ ou deficiência que exija tratamento e apoio específico, ou apenas um deles, que só possam ser assegurados fora do conselho do agrupamento de escolas ou escola não agrupada em que se encontrem colocados ou que dificulte a locomoção, exigindo meios auxiliares de locomoção;

Alinea c) do n.º 1 do art. 44.º do DL n.º 28/2006, de 31 de Janeiro, com a redacção dada pelo DL n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro - Tenham a seu cargo o cônjuge, a

☐ pessoa com quem vivam em união de facto, ascendente ou descendente portadores de doença ou deficiência nos termos mencionados na alínea b) que exija um constante e especial apoio a prestar em determinado concelho.

7.1.1 Nos casos da alínea a) indique qual a doença de que o candidato, o cônjuge, pessoa com quem vive em união de facto, ascendente ou o descendente é portador

7.1.2 Nos casos da alínea b) indique qual a deficiência ou doença de que é portador

7.1.3 Nos casos da alínea c) indique qual a deficiência ou doença justificativa do cônjuge, pessoa com quem vive em união de facto, ascendente ou descendente

7.1.4 Concelho onde é prestado o apoio ou tratamento no caso da alínea b)

7.1.5 Concelho onde é prestado o apoio ou tratamento no caso da alínea c)

7.2 Identificação do elemento justificativo da candidatura

7.2.1 Elemento justificativo da candidatura

7.3 Identificação do Familiar

7.3.1 Nome

7.3.2 Bilhete de Identidade n.º / Cartão Cidadão / Passaporte n.º / Cédula n.º

7.4 Identificação do Médico

7.4.1 Nome

7.4.2 Número da Cédula Profissional

7.4.3 Local de trabalho do médico (designação)

7.4.4 Local de trabalho do médico (morada)

7.4.5 Contacto telefónico do médico / consultório

Submissão

Password

Anterior

Sair

Submitter

submeter ➤

- 6 Surgirá então um alerta para confirmação da opção seleccionada:

**Confirmação da Submissão**  
Ao submeter está a confirmar os seus dados. Tem a certeza de que deseja prosseguir?  

Confirmar Cancelar

Se o docente desejar corrigir ou alterar qualquer dos dados introduzidos, deve seleccionar **Cancelar**, podendo, então, proceder à pretendida rectificação.

- 7 Caso pretenda submeter, deverá carregar em **Confirmar**, submetendo assim definitivamente os seus dados.

**ATENÇÃO: O docente apenas poderá submeter uma vez o relatório médico. Uma vez submetido, os dados são inalteráveis, nesta fase do concurso.**

- 8 O «Relatório Médico» deve ser impresso para ser preenchido, confirmado pelo médico e posteriormente enviado (“Relatório Médico” completo) por via electrónica à DGRHE, acompanhado da restante documentação.
- 9 Nos casos de doença de foro psiquiátrico, o docente deve ser presente à junta médica regional do Ministério da Educação, de modo a ser confirmada a doença de que padece.

**Confirmação da Junta Médica Regional do Ministério da Educação**  
Confirmação pela Junta Médica da Direcção Regional d\_\_\_\_\_  
(nos termos do n.º 2 do art.º 45.º do DL n.º 20/2006, de 31 de Janeiro, com a redacção dada pelo DL n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro) - Apenas para doenças do foro psiquiátrico:  

- Confirma-se a situação clínica acima mencionada:  
Sim ☐ Não ☐

O presidente da Junta Médica \_\_\_\_\_

Os Vogais Médicos \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sair Inspecções Imprimir

- 10 A não comprovação da situação de doença ou deficiência e o incumprimento das formalidades previstas nos n.ºs 3 e 4 do artigo 45.º do Decreto-lei n.º 20/2006, de 31 de Janeiro, na redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro, tem como consequência a exclusão do procedimento concursal de acordo com o n.º 7 do artigo 45.º do mesmo diploma legal.
- 11 Para efeitos de análise e validação pelos serviços, os docentes devem enviar via electrónica, de acordo com o n.º 1.3 do capítulo V do Aviso n.º 9514-A/2011, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 79, de 21 de Abril ([Aviso de Abertura do Concurso](#)) - no período de 10 a 31 de Maio, cópia do formulário electrónico do «Relatório Médico» (completo) devidamente preenchido e confirmado acompanhado da restante documentação necessária à comprovação da situação de doença ou deficiência.

## 12 Instruções de Preenchimento do “Relatório Médico”:

O «Relatório Médico» deverá ser preenchido e confirmado pelo médico tendo em atenção a nota informativa disponibilizada na página da Internet, em “Docentes – Concurso 2011 – Documentação” e de acordo com os exemplos seguintes:

**Alínea a) do n.º 1 do art.º 44.º do Decreto-Lei n.º 20/2006 de 31 de Janeiro, na redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro** (Os campos a preencher encontram-se a vermelho)

Relatório Médico para Destacamento por Condições Específicas	
Número de Candidato	Nome
937484184	Carla dos Anjos Godinho Freitas Dias
1 Identificação	
1.1 Nome	Carla dos Anjos Godinho Freitas Dias
1.2 Doc. de Identificação	Cartão de Identidade (Cartão de Cidadão ou identificação civil)
1.3 Núm. do Documento	1474283
1.4 Data de Nascimento	1984-06-16
1.5 Género	Feminino
1.6 Nacionalidade	Portuguesa
1.7 NIF	147428318
Morada	
1.8 Morada	Travessa Nova República Póvoa do Varzim
(continuação)	2.ª Esquadra 104, 7.º andar do 1.º
1.9 Localidade	Póvoa do Varzim
1.10 Código Postal	4430-000
1.11 País	Portugal
1.12 Região	Nordeste
Contacto	
1.13 Telefone	22 509 42 36
1.14 Email	carlafrd@netcabo.pt
7 Justificação para Destacamento por Condições Específicas	
7.1 Fundamento para DCE por ordem de prioridade	
Alínea a) do n.º 1 do art. 44.º do DL n.º 20/2006, de 31 de Janeiro, com a redacção dada pelo DL n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro - Docentes, cônjuge, a pessoa com quem vivam em união de facto, ascendente ou descendente portadores de doença incapacitante, nos termos do despacho conjunto A-179/89-XI, de 12 de Setembro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 219, de 22 de Setembro de 1989;	
7.1.1 Doenças graves e invalidantes do sistema nervoso central e periférico e dos órgãos dos sentidos	
Doença grave e incapacitante	
7.2 Identificação do elemento justificativo da candidatura	
7.2.1 Elemento justificativo da candidatura	
Doença grave	
7.4 Identificação do Médico	
7.4.1 Nome	Teste
7.4.2 Número da Cédula Profissional	Teste
7.4.3 Local de trabalho do médico (designação)	Teste
7.4.4 Local de trabalho do médico (morada)	Teste
7.4.5 Contacto telefónico do médico / consultório	
Consentimento:	
Autorizo o médico acima identificado a divulgar, para efeitos de destacamento por condições específicas, previsto no art. 44.º do DL n.º 20/2006, de 31 de Janeiro, com a redacção dada pelo DL n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro, a doença de que padeço:	
É imprescindível a assinatura do doente ou do representante legal, dando o seu consentimento para a divulgação da doença de que padece.	
Assinatura do doente ou representante legal:	
_____	
Relatório Médico - Espaço Reservado ao médico:	
Condições específicas (assinalar o adequado):	
• É portador de doença incapacitante, nos termos do Despacho Conjunto A-179/89-XI, de 12 de Setembro:	
Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
• Junta Cópia do Certificado Multiuso:	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <b>Opcional</b>	
• É portador de doença ou deficiência que exija tratamento e apoio específico, ou apenas um deles, que só possam ser assegurados fora do âmbito do agrupamento de escolas ou escola não agrupada em que se encontrem colocados ou que dificulte a locomoção, exigindo meios auxiliares de locomoção:	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
• É portador de doença do foro psiquiátrico: <b>No caso da doença ser do foro psiquiátrico, preencher também este campo.</b>	
Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
• O doente tem de receber o seguinte tratamento / apoio _____ prestado no estabelecimento de prestação de cuidados de saúde.	
_____ em _____.	
• Junta-se a declaração de entidade prestadora de cuidados de saúde:	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

- Tem a seu cargo o familiar supra identificado, portador de doença ou deficiência nos termos mencionados na alínea anterior e que exige um constante e especial apoio a prestar em determinado concelho:

Sim ☐ Não ☐

Observações clínicas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Colocação de Vinheta do Médico/Carimbo do Médico ou Carimbo da Instituição Hospitalar

Coloque neste espaço a Vinheta do Médico / Carimbo do Médico (nome e n.º de cédula profissional) / Carimbo da Instituição Hospitalar.

Confirmação da Junta Médica Regional do Ministério da Educação

Confirmação pela Junta Médica da Direcção Regional d \_\_\_\_\_  
(nos termos do n.º 2 do art.º 45.º do DL n.º 20/2006, de 31 de Janeiro, com a redacção dada pelo DL n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro) - Apenas para doenças do foro psiquiátrico:

- Confirma-se a situação clínica acima mencionada:

Sim ☐ Não ☐

O presidente da Junta Médica \_\_\_\_\_

Os Vogais Médicos \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Alínea b) do n.º 1 do art.º 44.º do Decreto-Lei n.º 20/2006 de 31 de Janeiro, na redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro (Os campos a preencher encontram-se a vermelho)

Relatório Médico para Destacamento por Condições Específicas	
Número de Candidato	Nome
3417031001	Almeida Maria Inês da Costa
1 Identificação	
1.1 Nome	Almeida Maria Inês da Costa
1.2 Doc. de Identificação	Cartão de Identidade / Cartão de Cidadão ou 2.ª identificação civil
1.3 Núm. do Documento	15781187
1.4 Data de Nascimento	1997-10-22
1.5 Género	Feminino
1.6 Nacionalidade	Portuguesa
1.7 NIF	158130630
Morada	
1.8 Morada	Rua Carlos da Silva, Lote 1
(continuação)	ap. 2
1.9 Localidade	Fátima
1.10 Código Postal	4230-283
1.11 País	Portugal
1.12 Região	Centro
Contacto	
1.13 Telefone	25271926
1.14 Email	almeida.maria@pt
7 Justificação para Destacamento por Condições Específicas	
7.1 Fundamento para DCE por ordem de prioridade	
Alínea b) do n.º 1 do art. 44.º do DL n.º 20/2006, de 31 de Janeiro, com a redacção dada pelo DL n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro - Docentes portadores de doença ou deficiência que exija tratamento e apoio específico, ou apenas um deles, que só possam ser assegurados fora do concelho do agrupamento de escolas ou escola não agrupada em que se encontrem colocados ou que dificulte a locomoção, exigindo meios auxiliares de locomoção;	
7.1.2 Nos casos da alínea b) indique qual a deficiência ou doença de que é portador	
Teste	
7.1.4 Concelho onde é prestado o apoio ou tratamento no caso da alínea b)	
Teste	
7.2 Identificação do elemento justificativo da candidatura	
7.2.1 Elemento justificativo da candidatura	At. C. 00000000
7.4 Identificação do Médico	
7.4.1 Nome	teste
7.4.2 Número da Cédula Profissional	teste
7.4.3 Local de trabalho do médico (designação)	teste
7.4.4 Local de trabalho do médico (morada)	teste
7.4.5 Contacto telefónico do médico / consultório	
Consentimento:	
Autorizo o médico acima identificado a divulgar, para efeitos de destacamento por condições específicas, previsto no art. 44.º do DL n.º 20/2006, de 31 de Janeiro, com a redacção dada pelo DL n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro, a doença de que padeço:	
É imprescindível a assinatura do doente ou do representante legal, dando o seu consentimento para a divulgação da doença de que padece.	
Assinatura do doente ou representante legal:	
[Assinatura]	
Relatório Médico - Espaço Reservado ao médico:	
Condições específicas (assinalar o adequado):	
<ul style="list-style-type: none"> <li>É portador de doença incapacitante, nos termos do Despacho Conjunto A-179/89-XI, de 12 de Setembro:           <div>             Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> </div> </li> <li>Junta Cópia do Certificado Multiuso:           <div>             Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <div>Opcional</div> </div> </li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>É portador de doença ou deficiência que exija tratamento e apoio específico, ou apenas um deles, que só possam ser assegurados fora do concelho do agrupamento de escolas ou escola não agrupada em que se encontrem colocados ou que dificulte a locomoção, exigindo meios auxiliares de locomoção:           <div>             Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> </div> </li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>É portador de doença do foro psiquiátrico:           <div>             Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <div>No caso da doença ser do foro psiquiátrico, preencher também este campo.</div> </div> </li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>O doente tem de receber o seguinte tratamento / apoio _____ prestado no estabelecimento de prestação de cuidados de saúde. _____ em _____.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Junta-se a declaração de entidade prestadora de cuidados de saúde:           <div>             Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <div>Opcional</div> </div> </li> </ul>	

- Tem a seu cargo o familiar supra identificado, portador de doença ou deficiência nos termos mencionados na alínea anterior e que exige um constante e especial apoio a prestar em determinado concelho:

Sim ☐ Não ☐

Observações clínicas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Colocação de Vinheta do Médico/ Carimbo do Médico ou Carimbo da Instituição Hospitalar

Coloque neste espaço a Vinheta do Médico / Carimbo do Médico (nome e n.º de cédula profissional) / Carimbo da Instituição Hospitalar.

Confirmação da Junta Médica Regional do Ministério da Educação

Confirmação pela Junta Médica da Direcção Regional d. \_\_\_\_\_  
(nos termos do n.º 2 do art.º 45.º do DL n.º 20/2006, de 31 de Janeiro, com a redacção dada pelo DL n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro) - Apenas para doenças do foro psiquiátrico:

- Confirma-se a situação clínica acima mencionada:

Sim ☐ Não ☐

O presidente da Junta Médica \_\_\_\_\_

Os Vogais Médicos \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**A preencher só no caso da doença ser do foro psiquiátrico.**

Alínea c) do n.º 1 do art.º 44.º do Decreto-Lei n.º 20/2006 de 31 de Janeiro, na redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro (Os campos a preencher encontram-se a vermelho)

Relatório Médico para Destacamento por Condições Específicas	
Número de Candidato	486.VS2/952
Nome	Sandra Isabel Gonçalves Correia da Silva
1. Identificação	
1.1 Nome	Sandra Isabel Gonçalves Correia da Silva
1.2 Doc. de Identificação	Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão (n.º identificação civil)
1.3 Núm. do Documento	6633862
1.4 Data de Nascimento	1969-09-26
1.5 Género	Feminino
1.6 Nacionalidade	Portuguesa
1.7 NIF	137923889
Morada	
1.8 Morada	R. Formosa Santos, 17, 17Esg
1.9 Localidade	1970-0001
1.10 Código Postal	2900-505
1.11 País	Portugal
1.12 Região	Centro
Contacto	
1.13 Telefone	963885056
1.14 Email	Sandra.Silva57@hotmail.com
7. Justificação para Destacamento por Condições Específicas	
7.1 Fundamento para DCE por ordem de prioridade	
Alínea c) do n.º 1 do art. 44.º do DL n.º 20/2006, de 31 de Janeiro, com a redacção dada pelo DL n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro - Tenham a seu cargo o cônjuge, a pessoa com quem vivam em união de facto, ascendente ou descendente portadores de doença ou deficiência nos termos mencionados na alínea b) que exija um constante e especial apoio a prestar em determinado concelho.	
7.1.3 Nos casos da alínea c) indique qual a deficiência ou doença justificativa do cônjuge, pessoa com quem vive em união de facto, ascendente ou descendente	
Teste	
7.1.5 Concelho onde é prestado o apoio ou tratamento no caso da alínea c)	
Teste	
7.2 Identificação do elemento justificativo da candidatura	
7.2.1 Elemento justificativo da candidatura	Sp-Cônjuge
7.3 Identificação do Familiar	
7.3.1 Nome	Teste
7.3.2 Bilhete de Identidade / Cartão Cidadão (n.º identificação civil) ou Passaporte ou Cédula	Teste
7.4 Identificação do Médico	
7.4.1 Nome	Teste
7.4.2 Número da Cédula Profissional	Teste
7.4.3 Local de trabalho do médico (designação)	Teste
7.4.4 Local de trabalho do médico (morada)	Teste
7.4.5 Contacto telefónico do médico / consultório	Teste
Consentimento:	
Autorizo o médico acima identificado a divulgar, para efeitos de destacamento por condições específicas, previsto no art. 44.º do DL n.º 20/2006, de 31 de Janeiro, com a redacção dada pelo DL n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro, a doença de que padeço:	
É imprescindível a assinatura do doente ou do representante legal, dando o seu consentimento para a divulgação da doença de que padece.	
Assinatura do doente ou representante legal:	
Sandra Isabel Gonçalves Correia da Silva	
Relatório Médico - Espaço Reservado ao médico:	
Condições específicas (assinalar o adequado):	
<ul style="list-style-type: none"> <li>É portador de doença incapacitante, nos termos do Despacho Conjunto A-179/89-XI, de 12 de Setembro: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></li> <li>Junta Cópia do Certificado Multiuso: <input type="checkbox"/> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Opcional</span></li> <li>É portador de doença ou deficiência que exija tratamento e apoio específico, ou apenas um deles, que só possam ser assegurados fora do concelho do agrupamento de escolas ou escola não agrupada em que se encontrem colocados ou que dificulte a locomoção, exigindo meios auxiliares de locomoção: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></li> <li>É portador de doença do foro psiquiátrico: No caso da doença ser do foro psiquiátrico, preencher também este campo. Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></li> <li>O doente tem de receber o seguinte tratamento / apoio _____ prestado no estabelecimento de prestação de cuidados de saúde. _____ em _____.</li> <li>Junta-se a declaração de entidade prestadora de cuidados de saúde: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Opcional</span></li> </ul>	

• Tem a seu cargo o familiar supra identificado, portador de doença ou deficiência nos termos mencionados na alínea anterior e que exige um constante e especial apoio a prestar em determinado concelho:  
 Sim ☒ Não ☐

Observações clínicas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Colocação de Vinheta do Médico/Carimbo do Médico ou Carimbo da Instituição Hospitalar

Coloque neste espaço a Vinheta do Médico / Carimbo do Médico (nome e n.º de cédula profissional) / Carimbo da Instituição Hospitalar.

Confirmação da Junta Médica Regional do Ministério da Educação

Confirmação pela Junta Médica da Direcção Regional d. \_\_\_\_\_  
 (nos termos do n.º 2 do art.º 45.º do DL n.º 20/2006, de 31 de Janeiro, com a redacção dada pelo DL n.º 51/2009, de 27 de Fevereiro) - Apenas para doenças do foro psiquiátrico:

• Confirma-se a situação clínica acima mencionada:  
 Sim ☐ Não ☐

O presidente da Junta Médica \_\_\_\_\_

Os Vogais Médicos \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **A preencher só no caso da doença ser do foro psiquiátrico.**

DGRHE, 03 de Maio de 2011