

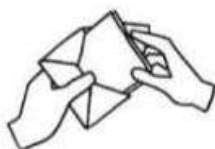
VOTAÇÃO

No ato de votação, em condições que garantam o segredo de voto, o eleitor:

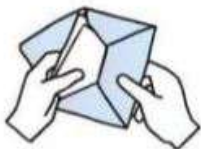
- 1 Preenche o boletim de voto e dobra-o em quatro;



- 2 Introduz o boletim no envelope branco, que fecha;



- 3 Introduz o envelope branco no envelope azul, que fecha.



O envelope azul é preenchido de forma legível e **selado com uma vinheta de segurança**.

O Presidente da Câmara entrega ao eleitor o duplicado da vinheta aposta no envelope azul, que serve **de comprovativo** do exercício do direito de voto.



VOTO ANTECIPADO

DOENTES INTERNADOS



www.sg.mai.gov.pt
Praça do Comércio, Ala Oriental
1149-015 Lisboa

Tel.: 213 947 100

Linha de apoio ao eleitor: 808 206 206
adm.eleitoral@sg.mai.gov.pt



SE ESTÁ DOENTE E INTERNADO

num estabelecimento hospitalar

e, por esse motivo,

está impedido de se deslocar à assembleia de voto no dia da eleição, **pode votar antecipadamente.**

REQUERIMENTO ATÉ 28 DE ABRIL

Deve REQUERER à Administração Eleitoral da Secretaria-Geral do Ministério da Administração Interna, por meio eletrónico ou por via postal:

- **por meio eletrónico** em

<https://www.votoantecipado.pt/> indicando o n.º de identificação civil e anexando o **documento comprovativo do impedimento** passado pelo médico assistente e confirmado pela direção do estabelecimento hospitalar.



- **ou por via postal** através do preenchimento e envio do seguinte requerimento, **juntando o documento comprovativo do impedimento** emitido pela direção do estabelecimento hospitalar.

VOTO ANTECIPADO MODELO DE REQUERIMENTO (via postal)

Exmo. Senhor
Secretário-Geral do
Ministério da Administração Interna
Praça do Comércio, Ala Oriental
1149-015 LISBOA

ASSUNTO: Eleição para a Assembleia da República - 18 de maio de 2025.
Voto antecipado de doentes internados.

(nome completo do eleitor) _____, nascido a ____/____/____
com o n.º de identificação civil _____, com morada em _____
_____, com o endereço de correio
eletrónico _____ e telefone/telemóvel
n.º _____, vem manifestar a intenção de votar antecipadamente no
Estabelecimento Hospitalar _____
em _____.

Para o efeito, remete nos termos da lei, o **documento comprovativo do impedimento** passado pelo médico assistente e confirmado pela direção do estabelecimento hospitalar.

Com os melhores cumprimentos.

(assinatura)

NOTA: Este modelo tem de dar entrada na SGMAI até ao dia 28 de abril.

VOTAÇÃO ENTRE 5 E 8 DE MAIO

Deve aguardar, em dia e hora previamente anunciados, a presença do Presidente da Câmara Municipal, ou do seu representante, no estabelecimento hospitalar, para exercer o seu direito de voto.