

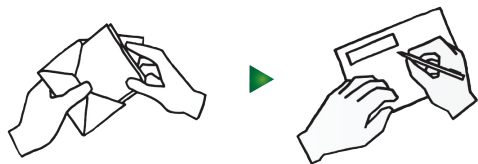
VOTAÇÃO

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

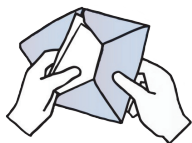
- 1 **Preenche o boletim de voto** e dobra-o em quatro;



- 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.

PR'21

ELEIÇÕES
PRESIDENCIAIS 2021
24 DE JANEIRO

VOTO ANTECIPADO DOENTES INTERNADOS

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 4 DE JANEIRO

Deve REQUERER à Administração Eleitoral da Secretaria-Geral do Ministério da Administração Interna, por via postal ou por meio eletrónico (<https://www.votoantecipado.mai.gov.pt/>) o exercício do direito de voto antecipado indicando o n.º de identificação civil.



JUNTO COM O REQUERIMENTO DEVE ENVIAR:

- **Documento comprovativo do impedimento** passado pelo médico assistente e confirmado pela direção do estabelecimento hospitalar.

VOTAÇÃO ENTRE 11 E 14 DE JANEIRO

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.

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 o Presidente da República - 24 de janeiro de 2021.
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 4 de janeiro**.