

JUNTAS MÉDICAS DE AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE

Requerimento de Avaliação de Incapacidade de Recurso

Exmo(a) Senhor(a)

Presidente do Conselho de Administração da ULS da Guarda, E.P.E.

Dados pessoais:

Nome _____

Morada _____

Código postal |__|__|__|__| - |__|__|__| Localidade _____

Freguesia de _____ Concelho de _____

BI/CC/Passaporte n.º |__|__|__|__|__|__|, válido até: |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__|

NIF nº |__|__|__|__|__|__|, N.º de Utente: |__|__|__|__|__|__|__|,

E-mail: _____ Carta de Condução: |__|__| - |__|__|__|__|__| |__|

Naturalidade:

Nascido(a) em |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__|,

Freguesia de _____ Concelho de _____

Telefone(s) |__|__|__|__|__|__| e/ou |__|__|__|__|__|__|__|

Não estando de acordo com a incapacidade que lhe foi atribuída em junta médica realizada em ____/____/____
na ULS de _____ e da qual resultou o Atestado Médico de Incapacidade com n.º ____/____
vem (de acordo com o previsto no nº 4 do artº 5º do Decreto Lei nº 15/2024 de 17 de janeiro) interpor recurso da
avaliação que lhe foi efectuada fundamentando-se em :

**Requerimento de RECURSO a entregar no prazo de 30 dias, acompanhado de cópia do Atestado
Médico de Incapacidade Multiuso**

Pede deferimento

_____, ____ de _____ de 20____

(Assinatura)