



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE E PROTEÇÃO CIVIL
DIREÇÃO REGIONAL DA SAÚDE
UNIDADE OPERATIVA DE SAÚDE PÚBLICA DO FUNCHAL

Exmo. Senhor
Diretor Regional da Saúde
Rua 31 de Janeiro, n.º 54 e 55
9054-511 Funchal

IDENTIFICAÇÃO	(nome) _____
	N.º de Utente
	Cartão do Cidadão/B.I n.º Válido até - -
	N.º de Identificação Fiscal

NATURALIDADE	Data de nascimento - -
	Freguesia de _____ Concelho de _____

RESIDÊNCIA	(rua/lugar) _____
	(código postal) - _____
	Freguesia de _____ Concelho de _____
	Telefone n.º ou

não estando de acordo com a incapacidade que lhe foi atribuída em Junta Médica realizada em | | | | | | | | | | na Unidade Operativa de Saúde Pública do Funchal e da qual resultou o atestado médico com o registo n.º _____ vem (de acordo com o previsto no n.º 1 do art.º 5.º do Decreto-Lei n.º 202/96, de 23/10) **interpor recurso da avaliação** que lhe foi efetuada fundamentando-se em:

Pede deferimento

_____, ____ de _____ de _____

(Assinatura)

Requerimento de RECURSO a entregar ao Diretor Regional da Saúde, no prazo de 30 dias.

