



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
GOVERNO REGIONAL  
SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE E PROTEÇÃO CIVIL  
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE, IP-RAM  
UNIDADE OPERATIVA DE SAÚDE PÚBLICA DO FUNCHAL

Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho Diretivo do Instituto  
de Administração da Saúde, IP-RAM  
Rua das Pretas, 1  
9004-515 Funchal

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

NATURA- LIDADE	Data de nascimento       -       -
	Freguesia de _____ Concelho de _____

RESI- DÊNCIA	(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 Presidente do Conselho Diretivo do Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM, no prazo de 30 dias.**

