

### Dados do beneficiário

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano      mês      dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

### Declarações

Tenho conhecimento que:

- ▶ a comissão pode ser adiada por **cinco dias úteis**, caso pretenda a realização do exame de recurso na presença do médico representante.
- ▶ a comissão pode ser realizada sem o médico representante.

Dado que o médico representante indicado não compareceu para a realização do exame pericial de recurso marcado para o dia  -  -  :

- pretendo** a realização do exame de recurso **com a presença** do meu médico representante, pelo que solicito o adiamento do exame pericial por cinco dias úteis.
- pretendo** a realização do exame de recurso **sem a presença** do meu médico representante.

Data

ano      mês      dia

Assinatura

Assinatura do beneficiário ou de outra pessoa a seu rogo (assinatura de outra pessoa quando o requerente não pode ou não sabe assinar) conforme documento de identificação válido.

### Proteção de dados



Os dados pessoais recolhidos serão objeto de tratamento pelos serviços da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A. e Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM) e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.

Os serviços da Segurança Social comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados.

Para mais informações sobre a proteção de dados consulte o site da Segurança Social em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)

### A preencher pela Segurança Social

Confirmo que a assinatura do/a  **Beneficiário**  **Pessoa que assinou a rogo** está em conformidade com o seguinte documento de identificação:

Cartão de Cidadão     Bilhete de Identidade     Passaporte     Outro

Número

Validade

ano      mês      dia

Assinatura e carimbo