

Dados do beneficiário

1

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

Declarações

2

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 a Segurança Social Direta em 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