

**1 - Elementos de identificação**

Quem requer a junta médica?  Subscritor  Ex-Subscritor  Não inscrito na CGA  Serviço / Pessoa inscrita CGA  Serviço / Pessoa não inscrita CGA

**1.1 - Identificação da pessoa a submeter a junta médica**

Nome

Data de nascimento  Sexo  Nacionalidade

Estado civil  Doc. identificação  N.º doc.

NIF  Código bairro fiscal

N.º subscritor da CGA  Grupo profissional

Categoria / Posto atual

**1.2 - Identificação do serviço**

Código  Nome

**1.3 - Informação para contacto**

Nome

Morada

Localidade  País

Código postal    Telefone

E-mail  Telemóvel

**2 - Junta médica**

**2.1 - Tipo de junta**

escolher uma opção  Junta de recurso de aposentação, por discordar da deliberação da junta médica realizada em:

O requerente não pretende comparecer à junta de recurso de aposentação

Atribuição de complemento por dependência

Revisão de complemento por dependência

**3 - Modo de pagamento**

Conta bancária  Nacional  Estrangeira

É titular da conta bancária da CGD cujo IBAN é

(deverá enviar documento bancário comprovativo da titularidade atualizado)

Único titular?  Sim  Não Cotitular/Autorizado

**4 - Responsabilidade do requerente**

Declaro que não foi requerida, nem está a ser recebida, prestação para idêntico fim por outro organismo. (Caso esteja a requerer Atribuição de complemento por dependência)

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante. Comprometo-me a comunicar qualquer alteração da informação prestada no prazo de 30 dias após a sua ocorrência.

Data  Assinatura do subscritor ou do seu representante, conforme bilhete de identidade/responsável pelo Serviço

Os elementos fornecidos são processados automaticamente pelos serviços da Caixa Geral de Aposentações, destinando-se, exclusivamente, a ser utilizados no âmbito do sistema de proteção social do funcionalismo público em matéria de pensões. Os interessados poderão consultar os dados sujeitos a tratamento, bem como solicitar a retificação de inexactidões de que aqueles padeçam, nos termos da legislação aplicável à proteção de dados pessoais.



## 5 - Elementos relativos à assistência prestada

Titular beneficia de assistência prestada em estabelecimento de apoio social, oficial ou particular sem fins lucrativos?  Sim  Não

**Estabelecimento**

Nome

Tipo de entidade  Telefone

Data de início da prestação

## 6 - Observações

Vai enviar documentação adicional para completar este requerimento?  Sim  Não

Observações (se vai enviar documentação adicional indique-a aqui)