**NOTIFICAÇÃO DE DECISÃO (NOR)**

**DS 1822** (Rev. March 2023)

**\*** Campos obrigatórios

**\*** Qual é o DDS Tracking Number (N.º de Referência DDS)?

**\***Foi atribuído um N.º de Caso OAH (Gabinete de Auditoria Administrativa)?  Sim  Não

Se sim, qual é o DDS Tracking Number (N.º de Referência DDS)?

**Nome do indivíduo destinatário deste Recurso:**

**\***Nome: **\***Apelido: **\***Data de nascimento:

Click or tap to enter a date.

Que Centro Regional é responsável por esta NOR? Identificador Único de

Utente (UCI), se existente

Escolher uma opção

**Nome do Representante Autorizado** (se aplicável)**:**

Nome: Apelido: Relação com o Requerente

Escolher uma opção

**\***O pedido de recurso foi retirado através do processo seguinte:

(marcar a opção apropriada)

|  |  |
| --- | --- |
| Solucionado antes da Reunião Informal | Data da solução: Click or tap to enter a date. |
| Solucionado na Reunião Informal | Data da solução: Click or tap to enter a date. |
| Solucionado na Reunião com Mediação | Data da solução: Click or tap to enter a date. |
| Retirado sem Solução | Data da solução: Click or tap to enter a date. |

**Resumir a solução atingida, ou porque foi retirado o recurso sem solução:**

**A minha assinatura abaixo indica que a informação neste formulário é verdadeira.**

Assinatura do requerente do recurso ou Representante Autorizado: Data:

Click or tap to enter a date.

Assinatura do Centro Regional ou Entidade Administrada pelo Estado: Data:

Click or tap to enter a date.

Assinar e indicar data no espaço acima. A assinatura pode ser manual ou electrónica. A inclusão do seu nome indica que este formulário foi assinado electronicamente.

**A SER PREENCHIDO PELO CENTRO REGIONAL OU PESSOAL DA ENTIDADE ADMINIUSTRADA PELO ESTADO QUANDO NÃO FOR POSSÍVEL OBTER A ASSINATURA DO REQUERENTE DO RECURSO OU DO SEU REPRESENTANTE AUTORIZADO.**

Declaro, sob pena de falsas declarações, que falei pessoalmente o autor do pedido de recurso, ou o seu representante autorizado, e que essa pessoa me indicou que os problemas identificados para recurso foram resolvidos e que o recurso deixou de ser necessário. Uma cópia deste formulário será distribuída simultaneamente ao Departamento, ao autor do pedido de recurso ou seu representante autorizado e ao Gabinete de Auditoria Administrativa.

Assinatura do Centro Regional ou Entidade Administrada pelo Estado: Data:

Click or tap to enter a date.

Assinar e indicar data no espaço acima. A assinatura pode ser manual ou electrónica. A inclusão do seu nome indica que este formulário foi assinado electronicamente.

Encerrado Administrativamente (indicar as razões)