**Exmo(a). Senhor(a)**

**Presidente do Conselho de Administração**

**(…)[[1]](#footnote-1)**

**Exmo(a). Senhor(a)**

**Diretor(a) Clínico(a)**

**(Nome completo)**, médico(a), (categoria profissional[[2]](#footnote-2)), de (especialidade), vinculado(a) a essa instituição por contrato individual de trabalho sem termo, com o número mecanográfico (…), titular da cédula profissional n.º (…), vem, pela presente, requerer a V.Exas. que procedam ao pagamento do trabalho suplementar efetuado no Serviço de Urgência, em conformidade com a majoração prevista no artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 15/2023, de 24 de fevereiro, pelo trabalho prestado no Serviço de Urgência nos dias ..../.../…, das …. horas até …. horas; .../.../…, das …. horas até …. horas.

(Local), (Data)

O(A) Trabalhador(a) Médico(a)

1. Centro Hospitalar, Hospital ou Unidade Local de Saúde. [↑](#footnote-ref-1)
2. Assistente, Assistente Graduado ou Assistente Graduado Sénior [↑](#footnote-ref-2)