

Pedido de Atestado Médico de Incapacidade Multiuso – AMIM

Ao abrigo do exposto no n.º 2 do artigo 2º da Lei n.º 14/2021, de 6 de abril, seja efetuada a confirmação de diagnóstico de doença oncológica e emitido o Atestado Médico de Incapacidade Multiuso.

Exmo. Senhor(a)

Diretor(a) do Serviço _____

CHULN _____

1. Identificação do UTENTE

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Freguesia: _____ Concelho: _____ Distrito: _____

Data Nascimento: ____/____/____ NIF _____

N.º SNS _____ N.º BI/CC _____

N.º Cartão de Residência: _____ N.º Telemóvel: _____

2. Identificação do Requerente *(Preenchimento obrigatório caso o pedido não seja efetuado pelo próprio Utente)*

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

N.º BI/CC _____ N.º Telemóvel: _____

Identifique o Grau de Parentesco: _____

Razão pela qual o pedido não é realizado pelo Utente: _____

De que forma pretende que seja entregue o Atestado Médico de Incapacidade Multiuso?

Presencialmente na ULSSM Via correio

Pede deferimento,

Assinatura Utente/Requerente: _____ **Data:** ____/____/____

(Conforme documento de identificação)

Gabinete de
Acesso à Informação Clínica

relatoriosclinicos@ulssm.min-saude.pt

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel.: 217 805 427/8 – Fax: 210 405 805
www.ulssm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel.: 217 548 000 – Fax: 217 548 215