

Pedido de Atestado Médico de Incapacidade Multiuso – AMIM

☐

Pedido Utente Oncológico (De acordo com a Lei 1/2024, de 4 de janeiro)

☐

Pedido Utente Não Oncológico (De acordo com Portaria n.º 171/2025/1, de 10 de abril)

Exmo. (a) Senhor(a)

Diretor(a) do Serviço _____

CHLN _____

1. Identificação do UTENTE

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Freguesia: _____ Concelho: _____ Distrito: _____

Data Nascimento: ____/____/____ N.º BI/CC _____

N.º SNS _____ NIF _____

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)

GAIC
Gabinete de Acesso à Informação Clínica

gaic@ulssm.min-saude.pt

Av. Professor Egas Moniz

1649-035 LISBOA

Tel.: 217 805 437/8

www.ulssm.min-saude.pt