

## 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](mailto:gaic@ulssm.min-saude.pt)

Av. Professor Egas Moniz

1649-035 LISBOA

Tel.: 217 805 437/8

[www.ulssm.min-saude.pt](http://www.ulssm.min-saude.pt)