

## 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)

Indique qual o serviço/especialidade onde foi realizado o diagnóstico \_\_\_\_\_

### 1. Identificação do **UTENTE**

**CHULN** \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Freguesia: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N.º SNS \_\_\_\_\_

BI/CC/Cartão Residencia n.º \_\_\_\_\_ Data Validade \_\_\_\_\_

NIF \_\_\_\_\_ NISS \_\_\_\_\_

N.º Telemóvel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Identifique o Grau de Parentesco ou Relação com o Utente: \_\_\_\_\_

Razão pela qual o pedido não é realizado pelo Utente: \_\_\_\_\_

Entrega do Atestado via CTT:  Morada do Utente  Morada do Requerente

Pede deferimento,

Assinatura do Utente/Requerente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*(Conforme documento de identificação)*

*É obrigatório ter os seus dados atualizados no RNU (Registo Nacional de Utentes) sob pena de não ser possível a emissão do documento. A emissão do AMIM será realizada por via informática, através da aplicação eletrónica. Após a emissão do AMIM por parte da ULSSM deve consultar a Área Pessoal do Portal do SNS 24.*