



PEDIDO DE EMISSÃO DE ATESTADO MÉDICO DE INCAPACIDADE MULTIUSO PARA DOENTES ONCOLÓGICOS

Nos termos da Lei n.º 1/2024, de 4 de janeiro

A preencher pelo nosso Serviço

Exmo(a). Sr(a).

Responsável pelo Acesso à Informação,

N.º de Pedido: _____	Ref.ª de Saída: _____
Data de Entrada: / /	Data de Saída: / /

1. Identificação do Utente	N.º de Processo Hospitalar: _____
Nome completo: _____	
Documento de Identificação: <input type="checkbox"/> Bilhete de Identidade <input type="checkbox"/> Cartão de Cidadão <input type="checkbox"/> Outro: _____	
N.º: _____	NIF: _____
SNS N.º: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
Residência: _____	
Código Postal: _____ - _____	Localidade: _____
Contacto Telefónico: _____	Correio Eletrónico: _____@_____

2. Identificação do Requerente (Preenchimento obrigatório caso o Requerente não seja o próprio Utente)	
Nome completo: _____	
Documento de Identificação: <input type="checkbox"/> Bilhete de Identidade <input type="checkbox"/> Cartão de Cidadão <input type="checkbox"/> Outro: _____	
N.º: _____	NIF: _____
SNS N.º: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
Residência: _____	
Código Postal: _____ - _____	Localidade: _____
Contacto Telefónico: _____	Correio Eletrónico: _____@_____
Na qualidade de: <input type="checkbox"/> Progenitor(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Unido de Facto <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Razão pela qual o pedido não é efetuado pelo próprio utente: _____	

3. Pedido
Por favor, indique:
Especialidade: _____
Médico(a): _____
Período temporal (dia, mês e ano) do diagnóstico: _____

4. Meio de acesso
Por favor, indique o meio através do qual pretende receber o atestado:
<input type="checkbox"/> Correio eletrónico <input type="checkbox"/> Levantamento presencial
Caso pretenda receber a informação a través de:
- <u>Correio eletrónico</u> , por favor, indique o endereço: _____@_____

Tomei conhecimento e aceito os termos e condições aplicáveis.

O Utente/Requerente: _____

(Assinatura conforme Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão/Passaporte)



A preencher pelo nosso Serviço

Confirmei a identidade do Utente/Requerente através da exibição de: Bilhete de Identidade Cartão de Cidadão Outro (s)
documento(s): _____

Data: ____/____/____ O Responsável Administrativo: _____

O pedido está em conformidade.

Data: ____/____/____ O Responsável Administrativo: _____