

Pedido de Atestado Multiusos

Pedido de Atestado Médico de Incapacidade Multiuso

Ao abrigo da Lei n.º 14/2021, de 6 de abril

(A preencher pelo CHBV)

NSC: _____

Processo nº _____

Exmo. Senhor(a)

Diretor(a) do Serviço _____, CHBV

1. Identificação do Utente

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ N.º C.C.: _____ Cartão de Residência N.º: _____

N.º SNS: _____ NIF: _____

Residente em _____ Código Postal: _____ - _____

Freguesia: _____ Concelho: _____ Distrito: _____

Contacto(s) Telefónico(s): _____ ou _____

Endereço Eletrónico: _____ @ _____

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

Nome: _____

Documento de Identificação: Cartão do Cidadão Passaporte Outro: _____

N.º do Documento de Identificação: _____

Residente em _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Contacto(s) Telefónico(s): _____ Endereço Eletrónico: _____ @ _____

Relação com o Utente: Pai/Mãe Filho(a) Cônjuge/União de Facto Outro: _____

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

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

Presencialmente no CHBV Via Correio electrónico Via Postal

Vem solicitar a V. Exa. que, 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.

Pede deferimento,

Assinatura do Utente/Requerente: _____ Data: ____/____/____
(Conforme documento de identificação)

Assinatura do funcionário que confirma a identificação _____ N.º Mec. _____