

## REQUERIMENTO

Ex.mo(a) Senhor(a)  
Diretor Clínico do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.

\_\_\_\_\_, (nome completo),  
n.º utente \_\_\_\_\_, portador do Cartão de Cidadão n.º / B.I. n.º \_\_\_\_\_,  
Validade \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente em \_\_\_\_\_,  
Código postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, contactável para o telefone/telemóvel n.º \_\_\_\_\_,  
utente do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, (CHTS) E.P.E., com seguimento em consultas de:  
\_\_\_\_\_, vem muito respeitosamente, requerer  
emissão de atestado médico de incapacidade multiuso para doentes oncológicos, nos termos da  
Lei n.º 14/2021 – Diário da República n.º 66/2021, Série I de 2021-04-06.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pede Deferimento,

O/A REQUERENTE,

\_\_\_\_\_  
Assinatura (conforme o BI/CC)