



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

Ao Conselho Diretivo da
Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
Parque de Saúde de Lisboa, Ed. 16
Av. do Brasil nº 53
1700 – 063 Lisboa

ASSUNTO: Pedido de Certificado Comprovativo do Grau de Especialista

Nome Completo: _____

N.º de Identificação Fiscal: _____

Cartão de Cidadão n.º: _____ Válido até: ____/____/____

Bilhete de Identidade n.º: _____ Válido até: ____/____/____

emitido pelo Arquivo de _____, Titular da Cédula Profissional n.º _____

residente em: _____

Código Postal _____ - _____ Localidade _____ Telefone/Telemóvel n.º (facultativo):

_____ E-mail: _____

colocado no Concurso (ano de ingresso no internato) _____, na área de especialização
de: _____, no Hospital/

Centro de Saúde de _____

_____ vem, por este meio, solicitar o certificado comprovativo de obtenção de título de
especialista em _____ após a realização de exame final no
(dia/mês/ano) _____ no _____
(instituto onde realizou o exame), com a classificação de _____ valores.

Pede deferimento

_____, _____ de _____ de _____

Nota: A ACSS só emite certificados de exame de avaliação final a partir de 2007. Certificados anteriores a essa data devem ser solicitados nas instituições onde fizeram o exame de saída de especialidade.



ADMINISTRAÇÃO CENTRAL
DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

Anexos: Documento comprovativo do pagamento da verba emolumentar (5 €)

Pagamento: Pela emissão de ato certificativo (Deliberação nº29-CD/2014) – 5 €

Formas de pagamento:

- Transferência bancária para o seguinte NIB /IBAN (indicando na descrição o nome da pessoa em que foi pedida a emissão da cédula)

NIB:	07810112000000840770
IBAN:	PT5007810112000000840770

O comprovativo da transferência deve acompanhar o respetivo requerimento a entregar na ACSS, IP.

Nota: Não serão aceites pagamentos em numerário enviado por correio.