



CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO

Identificação e Declaração do Médico

NOME DO MÉDICO

portador da Cédula Profissional

Nº emitida pela Ordem dos Médicos, declara por sua honra profissional que observou a pessoa abaixo indicada, cuja identidade confirmou, tendo verificado que a mesma se encontra em estado de:

doença incapacitante para a sua atividade profissional exigindo cuidados inadiáveis e imprescindíveis impedimento para o trabalho das beneficiárias grávidas(*)

Identificação do Beneficiário (1)

Nº Identificação de Seg. Social

Data de Nascimento

(ano) (mês) (dia)

Nome

(1) Se for avô/avó/equiparado do familiar doente: Nº Identificação de Seg. Social do progenitor impedido de prestar assistência

Identificação do Familiar Doente

Nº Identificação de Seg. Social

Data de Nascimento

(ano) (mês) (dia)

Nome

Parentesco com o beneficiário

Filho / Equiparado

Tutelado

Enteado

Neto / Equiparado

Outro

Elementos Relativos ao Estado de Doença / Impedimento

CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO

PERÍODO DE INCAPACIDADE/IMPEDIMENTO

PERMANÊNCIA NO DOMICÍLIO

(Em caso de incapacidade por doença do beneficiário)

Doença natural

DN

Inicial

Prorrogação

Doença direta

DD

D.L. nº 28/2004 (Artº 16º nº 3)

T

Data de início

(ano) (mês) (dia)

Assistência a familiares

AF

Doença profissional

DP

Data do termo

(ano) (mês) (dia)

Acidente de trabalho

AT

Gravidez de risco

RC

Cód. Trabalho (Artº 38º nº 1)

IG

Nº de dias

(dias) (confirmar o nº de dias por extenso)

Internamento

Sim

Não

Cirurgia de ambulatório

Sim

Não

O doente só pode ausentar-se do domicílio para tratamento.

Em casos devidamente fundamentados o médico pode autorizar a ausência no período das 11 às 15H e das 18 às 21H.

AUTORIZAÇÃO

Rubrica do Médico

Autenticação

A informação clínica que fundamenta o presente certificado está anotada e guardada no processo clínico.

ETIQUETA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Local de Arquivo/ Nº de Processo

ETIQUETA DO MÉDICO

Data

(ano) (mês) (dia)

ASSINATURA DO MÉDICO

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER REMETIDO PELO UTENTE À SEGURANÇA SOCIAL NO PRAZO DE 5 DIAS ÚTEIS A CONTAR DA DATA DA RESPECTIVA EMISSÃO NO CASO DE INCAPACIDADE POR DOENÇA DO BENEFICIÁRIO