



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 impedimento para o trabalho das beneficiárias grávidas(*)
 exigindo cuidados inadiáveis e imprescindíveis

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 Enteadado
 Neto / Equiparado Outro

Elementos Relativos ao Estado de Doença / Impedimento

CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO

Doença natural DN
 Doença direta DD
 D.L. nº 28/2004 (Artº 16.º nº 3) T
 Assistência a familiares AF
 Doença profissional DP
 Acidente de trabalho AT
 Gravidez de risco clínico (*) RC
 Cód. Trabalho (Artº 38.º) (*) IG
 Internamento Sim Não
 Cirurgia de ambulatório Sim Não

PERÍODO DE INCAPACIDADE/IMPEDIMENTO

Inicial Prorrogação
 Data de início
 (ano) (mês) (dia)
 Data do termo
 (ano) (mês) (dia)
 Nº de dias
 (dias) (confirmar o nº de dias por extenso)

PERMANÊNCIA NO DOMICÍLIO

(Em caso de incapacidade por doença do beneficiário)

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 ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Local de Arquivo/
Nº do Processo

Data
 (ano) (mês) (dia)

ASSINATURA DO MÉDICO

ETIQUETA 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